ROK I. MAJ—CZERWIEC 1935 Nr. 1.

Dwumiesięcznik Stomatologiczny

Redaktor Naczelny: Lek. dent. JULJUSZ KONSTANTIN.

Wydawca: Zrzeszenie Absolwentów P. I. D. uprawniony przedstaw.: Lek. dent. STEFAN KRÜGER.

Redaktor odpowiedzialny za Dział Naukowy: Doc. dr. med. i lek. dent. KONRAD SZEPELSKI.

TREŚĆ:

Str.

Ś. P. PIERWSZY MARSZAŁEK POLSKI JÓZEF PIŁSUDSKI 1
ORĘDZIE PANA PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ 3
Ś. p. Prof. Dr. med. *Wincenty Łepkowski* 5

PRACE ORYGINALNE:

Prof. Dr. med. *A. Meissner*. Przyczynek do chirurgicznego postępowania przy zapaleniu szpiku kostnego trzonu dolnej szczęki 7
Lek. dent. *J. Krzywicki*. Zapalenie kości długich a zapalenie kości szczęk 14
Lek. dent. *Z. Kłoskowska-Wejroch*. Przypadek samoistnie zlikwidowanego ropnia przygardłowego na tle zębowem u ciężko chorej cukrzycowej przy stosowaniu insuliny 24
Lek. dent. *M. Szaniawska*. Niezwykła przyczyna zębowa zakażenia ustnego 26
Lek. Stom. *W. Rubinsztejn*. Anatomja patologiczna, klinika i terapja gruźlicy jamy ustnej 29

STRESZCZENIA:

Lek. dent. *Konstantin*. Wpływ czynników mechanicznych i chemicznych na bakterje w jamie ustnej według Türkheima 32
Lek. dent. *Danek*. Rentgenografja zębów przy pracach protetycznych według Parma'y 33
Lek. stom. *Rubinsztejn*. W sprawie flory jamy ustnej przy próchnicy według Betechtina 33
Lek. dent. *Finkielkraut-Frankenberg*. Zanikanie brodawek języka w związku z brakiem witaminy B. według Hutera 35
Lek. dent. *Danek*. Ostre zapalenie szpiku kostnego szczęki górnej u oseska według Dümiga 35
Abs. A. S. *Mangel*. Pochodzenie i terapja ropowicy dna jamy ustnej według Buchwald 36
Lek. dent *Konstantin*. Metoda użycia zębów przednich jako filary do mostów pod korony Jacketa według Kirschsteina 38
— Bezschodkowa trzyćwierciowa korona według Marterera 39
Kalendarz Zjazdowy 40
Wiadomości Uniwersyteckie 40
Ruch Naukowy w Towarzystwach 43
Komunikaty 46
Pytania i odpowiedzi 48

Członkowie Zrzeszenia Absolwentów P. I. D. otrzymują pismo bezpłatnie.

Prenumerata roczna Zł. 6.

Redakcja i Administracja: Warszawa, Bielańska 9 m. 70. Tel. 602-11. Konto P. K. O. 9931.

S P I S   R Z E C Z Y,

ZAWARTYCH W I ROCZNIKU „DWUMIESIĘCZNIKA STOMATOLOGICZNEGO“ ZA ROK 1935.

I. Prace oryginalne.

	Nr.	Str.
Prof. Dr. med. *A. Meissner*. Przyczynek do chirurgicznego postępowania przy zapaleniu szpiku kostnego trzonu dolnej szczęki	1	7
Lek. dent. *J. Krzywicki*. Zapalenie kości długich a zapalenie kości szczęk	1	14
Lek. dent. *Z. Kłoskowska - Wejroch*. Przypadek samoistnie zlikwidowanego ropnia przygardłowego na tle zębowym u ciężko chorej cukrzycowej przy stosowaniu insuliny	1	24
Lek. dent. *M. Szaniawska*. Niezwykła przyczyna zębowa zakażenia ustnego	1	26
Lek. stom. *W. Rubinsztejn*. Anatomia patologiczna, klinika i terapia gruźlicy	1	29
Lek. stom. *W. Rubinsztejn*. Anatomia patologiczna, klinika i terapia gruźlicy	3	145
Prof. Dr med. *A. Meissner*. Przyczynek do techniki wyjmowania zęba mądrości	2	49
Lek. dent. *A. Danek*. Doświadczenia nad dyfusją w tkance zębowej	2	52
Lek. dent. *C. Finkelkraut - Frankenberg*. Jama ustna w związku z zaburzeniami gruczołów wydzielania wewnętrznego	2	65
Lek. dent. *R. Szwarc - Glegsberg*. O odlewie eksspansyjnym	2	74
Prof. Dr Med. *A. Meissner*. O obrażeniach postrzałowych dolnej szczęki i zębów oraz ich leczeniu w świetle współczesnej chirurgii	3	107
Doc. Dr med. *K. Szepelski*. Wady rozwojowe uzębienia ludzkiego	3	112
Dr med. *D. Sobel*. Schorzenia zębów i cierpienia oczne	3	132

	Nr.	Str.
Lek. dent. *M. Szaniawska.* Rozważanie nad czynnikiem mechanicznym przy paradentozie	3	135
Lek. dent. *J. Krzywicki.* Dwa przypadki ropowic śródpiersia pochodzenia zębowego	3	138
Doc. Dr med. *K. Szepelski.* Srebro koloidalne w zachowawczym zębolecznictwie	4	203
Lek. dent. *St. Maksajdowska.* Prawo izometrii, a poziome używane w stomatologii do celów techniki rentgenograficznej	4	206
Lek. dent. *C. Finkelkraut - Frankenberg.* Sprawy paradentalne w świetle nowoczesnych teorii	4	213
Dr *M. Kalisz.* Terapia Walkhoffa w świetle krytyki ..	4	218
Lek. dent. cand. med. *R. Bergman.* Wady rozwojowe zębów u dzieci i ich znaczenie kliniczne	4	231

II. Higiena Jamy Ustnej.

Lek. dent. *C. Finkelkraut - Frankenberg.* Parę uwag w kwestii higieny jamy ustnej	4	237

III. Zjazdy.

Doc. Dr med. *K. Szepelski.* II Międzynarodowy Zjazd Stomatologiczny w Bologni	4	238

IV. Dział streszczeń.

Türkheim Hans. Wpływ czynników mechanicznych i chemicznych na bakterie w jamie ustnej	1	32
C. Parma. Roentgenografia zębów przy pracach protetycznych	1	33
I. S. Betechtin. W sprawie flory jamy ustnej przy próchnicy	1	33
A. Hütter, William Midleton, Harry Steerbock. Zanikanie brodawek języka w związku z brakiem witaminy B.	1	35
Fr. Dümig. Ostre zapalenie szpiku kostnego szczęki górnej u oseska	1	35
Ilse Buchwald. Pochodzenie i terapia ropowicy dna jamy ustnej	1	36
Kirschstein Walter. Metoda użycia żywych zębów przednich jako filary do mostów pod korony Jacketa ...	1	38
Marterer. Bezschodkowa trzyćwierciowa korona	1	39
Grandelande et Maurel. Stosunek torbieli okołozębowych do zatoki szczękowej	2	83

	Nr.	Str.
Friedlaender R. O zjawiskach elektrolitycznych w jamie ustnej przy obecności dwóch lub więcej metali	2	84
Dr med. v. d. *Osten-Sacken.* Zakażenie ustne	2	86
Oskar Müller. O amputacji miazgi	2	89
W. Geier. O wadliwych konstrukcjach przy sporządzaniu częściowej dostawki	3	157
C. Fritzsche. Sposób odlewania porcelany metodą wirową przy pomocy elektryczności	3	164
K. Bunan. Infekcje poekstrakcyjne	3	166
R. Neuman. Terapia chirurgiczna przy ostrych sprawach zapalnych przywierzchołkowych	3	168
E. Smith. Materiały do wypełnień w dentystyce dziecięcej	3	170
Prof. Dr *L. M. Lindenbaum.* Przyczynek do terapii paradentozy	3	172
Dr *Dressel* i Dr *Karsten.* O leczeniu promieniami ultrafioletowymi w dentystyce	3	174
R. Boulin. Infekcje u diabetyków	3	175
I. Lartschneider. Podstawy do naukowej odontologii i odontopatologii, oparte na biologicznych i anatomoporównawczych danych	3	176
Prof. Dr *W. Bauer.* O tworzeniu się tak zwanych zębów Turnera	4	245
G. Gussew. Elephantiasis gingivarum	4	247
W. Weisberger. Przypadek torbieli korzeniowej rozwijającej się przeważnie poza szczęką	4	248

V. Różne.

Ś. P. Pierwszy Marszałek Polski Józef Piłsudski	1	1
Orędzie Pana Prezydenta Rzeczypospolitej	1	3
Komunikat z posiedzenia żałobnego	1	4
ś. p. Prof. Dr med. *Wincenty Łepkowski*	1	5
Odezwa	1	6
Kalendarz zjazdowy	1	40
Wiadomości uniwersyteckie	1	40
Wiec ogółu studentów Akademii Stomatologicznej w Warszawie	1	41
Posiedzenie naukowe Towarzystwa Stomatologicznego .	1	43
Protokół posiedzenia sekcji naukowej Zrzeszenia Abs. P. I. D.	1	44
Z Towarzystwa naukowego lekarskiego w Warszawie ..	1	45
Protokół z posiedzenia naukowego Koła Wojew. Zrzeszenia Abs. P. I. D.	1	45
Komunikat V. Głównego Komitetu Organizacyjnego VII. Polsk. Zjazdu Stomatologicznego	1	46
Komunikat „Bratniej Pomocy St. Ak. Stom.“	1	47

	Nr.	Str.
Komunikat „Wzajemnej Pomocy St. żyd. Ak. Stom.“ ..	1	48
Komunikat Zrzeszenia Absolwentów P. I. D.	1	48
Pytania i odpowiedzi	1	48
Wiadomości uniwersyteckie	2	90
Sprawozdanie z wykładów prof. dr Alfreda Kantorowicza	2	90
Komunikat VI. Komitetu Organizacyjnego VII. Polsk. Zjazdu Stomatologicznego	2	93
Pytania i odpowiedzi	2	96
Wiadomości dentystyczne	2	96
40-lecie pracy naukowej prof. dr H. Wilgi	3	98
Odezwa	3	106
Walka o formę, a nie treść w studiach stomatologicznych	3	184
ś. p. prof. dr Cavina	3	188
Wiadomości uniwersyteckie	3	188
Dziesięciolecie Stow. „Wzajemna Pomoc St. żyd. A. S.“	3	188
Sprawozdanie z odczytów doc. dr. A. Loosa	3	191
Komunikat VII. Głównego Komitetu Org. VII. Polsk. Zjazdu Stom.	3	194
Komunikat Zarządu Zrzeszenia Absolw. P. I. D.	3	200
Pytania i odpowiedzi	3	201
Wiadomości dentystyczne	3	202
Apel Sekcji ambulatoriów i pomocy lekarskiej Akad. P. C. K.	4	249
Komunikat Zarządu Zrzeszenia Abs. P. I. D.	4	249
Pytania i odpowiedzi	4	249

.SKA DRUKARNIA NAKŁADOWA sp. z o. o. W-wa, Senatorska 17, tel. 251-58

ROK I. MAJ—CZERWIEC 1935 Nr. 1.

DWUMIESIĘCZNIK STOMATOLOGICZNY

5.XII 1867

12.V 1935



Dnia 12 maja 1935 roku

odszedł w zaświaty

WIELKI PATRJOTA

Nad Jego trumną

w milczeniu chylimy głowy



ORĘDZIE

PANA PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ DO NARODU POLSKIEGO

Do Obywateli Rzeczypospolitej!

MARSZAŁEK JÓZEF PIŁSUDSKI ŻYCIE ZAKOŃCZYŁ.

Wielkim trudem Swego życia budował siłę w narodzie, genjuszem umysłu, twardym wysiłkiem woli państwo wskrzesił. Prowadził je ku odrodzeniu mocy własnej, ku wyzwoleniu sił, na których przyszłe losy Polski się oprą. Za ogrom Jego pracy danem Mu było oglądać państwo nasze jako twór żywy, do życia zdolny, do życia przygotowany, a armję naszą — sławą zwycięskich sztandarów okrytą.

Ten największy na przestrzeni całej naszej historji Człowiek z głębi dziejów minionych moc Swego Ducha czerpał, a nadludzkiem wytężeniem myśli drogi przyszłe odgadywał.

Nie siebie tam już widział, bo dawno odczuwał, że siły Jego fizyczne ostatnie posunięcia znaczą. Szukał i do samodzielnej pracy zaprawiał ludzi, na których ciężar odpowiedzialności skolei miałby spocząć.

Przekazał narodowi dziedzictwo myśli o honor i potęgę państwa dbałej.

Ten Jego testament nam żyjącym przekazany, przyjąć i udźwignąć mamy.

Niech żałoba i ból pogłębią w nas zrozumienie naszej — całego narodu — odpowiedzialności przed Jego Duchem i przed przyszłemi pokoleniami.

Prezydent Rzeczypospolitej

(—) I. MOŚCICKI

Warszawa-Zamek, dnia 12 maja 1935 r.

KOMUNIKAT

Zarząd Zrzeszenia Absolwentów P. I. D. na posiedzeniu żałobnem, odbytem dnia 14 maja b. r. z powodu zgonu

PIERWSZEGO MARSZAŁKA POLSKI

JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO

uchwalił:

1) wezwać wszystkich członków Zrzeszenia do przestrzegania żałoby narodowej przez okres 6 tygodni.

2) zwrócić się do zebrania Ogólnego Profesorów A. S. z prośbą o wyjednanie nadania Akademji Stomatologicznej nazwy: **„Akademja Stomatologiczna im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Warszawie“.**

3) wyasygnować kwotę 100 zł. na krążownik im. Marszałka Józefa Piłsudskiego, zamiast wieńca na trumnę.

(—) J. SZAJEWSKI
prezes

(—) J. KRZYWICKI
sekretarz

Ś. † P.

Dr. WINCENTY ŁEPKOWSKI

Profesor Zwyczajny Stomatologji
Uniwersytetu Jagiellońskiego



Dnia 23 maja 1935 roku zmarł w Krakowie Prof. Dr. Wincenty Łepkowski.

Zmarły Uczony ukończył studja w Krakowie w roku 1890 poczem po rocznej asystenturze u Prof. D-ra Rydygiera wyjechał na specjalizację u Prof. Millera. Dalsze swe studja ś. p. Prof. Dr. Łepkowski odbył we Francji. W roku 1902 zaczyna Ówczesny Docent ś. p. W. Łepkowski swe wykłady na Uniwersytecie Jagiellońskim, gdzie wykłada aż do 23 maja 1935 roku.

Cześć Jego Pamięci

REDAKCJA

KOLEŻANKI I KOLEDZY!

Dajemy Wam pierwszy numer pisma „Dwumiesięcznik Stomatologiczny“ w miejsce przesyłanego dotychczas „Przeglądu Dentystycznego“.

Wielorakie i nowe zagadnienia, które wyłoniły się przed Zrzeszeniem Absolwentów P. I. D., i które poza tematami naukowemi i sprawami zawodowemi interesującemi ogół lekarzy-dentystów, dotyczą żywotnych spraw Zrzeszenia Absolwentów P. I. D. — skłoniły nas do wydawania własnego organu. Wpierwszym rzędzie chodzi nam o zachowanie stałego i najżywszego naukowego kontaktu z Uczelnią, której mury niedawno opuściliśmy, i której dalszy pomyślny rozwój leży nam gorąco na sercu. Kontakt ten utrzymujemy i będziemy pogłębiali z Władzami Uczelni i Jej Nauczycielami.

Dzięki naszemu organowi będziemy mogli skuteczniej zabiegać o realizację przyznanych nam ustawą o szkołach akademickich, a dotychczas nieuskutecznionych, praw do ubiegania się o tytuł doktora stomatologji.

Domagaliśmy się i będziemy się nadal usilnie domagali utworzenia Izby Lekarsko-dentystycznej dla skutecznej obrony naszych interesów i zwalczania partactwa, bez udziału techników dentystycznych. Nie sposób wyliczać na tem miejscu wszystkich naszych zagadnień.

Pismo nasze oddajemy Sz. Kol. Kol. i prosimy Ich, aby zechcieli w niem widzieć przyjaciela i orędownika swoich spraw, publikować swoje prace naukowe i poruszać wszelkie zagadnienia zarówno z codziennej praktyki prywatnej, jak i ogólnych spraw zawodowych. Łamy naszego pisma są dla Was zawsze otwarte.

Redakcja będzie dokładała wszelkich starań dla wywiązania się ze swych zadań i utrzymania pisma naszego na odpowiednim poziomie. Wdzięczni będziemy Sz. Kol. Kol. za wszelkie uwagi i krytykę naszych poczynań.

żywimy niepłonną nadzieję, że pismo nasze przy życzliwem poparciu Sz. Kol. Kol. będzie się rozwijało pomyślnie dla chwały młodej jeszcze polskiej Nauki Stomatologicznej i naszej wspólnej korzyści.

Quod felix faustum fortunatumque sit.

Sekretarz: *Janusz Krzywicki.* Prezes: *Janusz Szajewski.*

—o—

Prof. Dr. med. ALFRED MEISSNER. Warszawa.

Przyczynek do chirurgicznego postępowania przy zapaleniu szpiku kostnego trzonu dolnej szczęki.

W niniejszej pracy zamierzam poddać krytyce dotychczasowy ogólnie stosowany sposób chirurgicznego leczenia przy zapaleniu trzonu kości szczękowej oraz podać sposób operowania racjonalniejszy, dający nietylko lepsze wyniki miejscowe, ale lepszy i krótszy okres gojenia się.

Pomijam sposoby leczenia zapalenia kości szczękowej niekrwawe dla chirurga poniekąd pomocnicze: zapomocą zastrzyków, naświetlań: radem, rentgenem czy też ostatnio, krótkiemi falami.

Również pomijam leczenie zapalenia wyrostka zębodołowego i gałęzi żuchwy. Sprawy zapalne bowiem tychże części dolnej szczęki różnią się istotnie odspraw zapalnych trzonu żuchwy tak pod względem przebiegu jak i zejścia.

Wreszcie wyróżniam leczenie zapalenia szpiku kostnego trzonu żuchwy tembardziej, że tak w piśmiennictwie jak i w codziennej praktyce raczej stany zapalne dolnej szczęki jako całości bywają podkreślane, natomiast trzon żuchwy jako jej część w tym względzie mało uwzględniany.

Postępowanie przy leczeniu zapalenia szpiku kostnego jest nagół oparte na zasadach leczenia spraw zapalnych kości długich.

Wprawdzie w trzonie kości szczękowej procesy zapalne przebiegają w podobny sposób jak i w kościach — długich, jednakże wyrostek zębodołowy wraz z mieszczącemi się w nim zębami odgrywają tak ważną i istotną rolę, tak w powstaniu jak i w przebiegu spraw zapalnych trzonu żuchwy, że sposób leczenia zapalenia szpiku kostnego trzonu żuchwy jest dyktowany temi warunkami.

A jednak dotychczas ogólnie stosowany typowy prawie, że klasyczny sposób operowania zapalenia szpiku kostnego trzonu żuchwy był przeprowadzany tylko ze stanowiska leczenia kości długich.

Cięcie przeprowadzano przez zewnętrzne powłoki wzdłuż dolnego brzegu żuchwy, począwszy od kąta żuchwy do okolicy bródkowej, na miejscu, gdzie zwykle znajdowały się największe zmiany zapalne w częściach miękkich.

Dążąc w kierunku do dolnego brzegu żuchwy, odsuwano części miękkie ku górze i ku dołowi, a podwiązując większe naczynia trzonowe, przecinano okostną, zwykle w tych razach zmienioną, obnażano szeroko i rozlegle dolny brzeg oraz zewnętrzną ścianę trzonu żuchwy, szukając zewnętrznie widocznych zmian kostnych, celem otworzenia ogniska mieszczącego się w szczęce.

Po przeprowadzeniu osteotomii zwykle zapomocą dłuta, kończono zabieg, zakładając do rany gazę.

Postępowanie takie ze wszechmiar usprawiedliwione przy ko-

ściach długich, zastosowane przy stanach zapalnych trzonu żuchwy, przyczyniało się do powstawania nadzwyczaj przykrych warunków, a mianowicie:

1) Uszkadzano dolny brzeg żuchwy, tą najgrubszą, najtwardszą i najbardziej odporną część dolnej szczęki.

2) Pozbawiano te części właściwego odżywiania tak, że pozostające zwykle przy życiu podczas zapalenia szpiku kostnego trzonu dolnej szczęki — w tych razach obumierały. Przyczyniało się to do powstania jednej z najgorszych komplikacji przy trzonie żuchwy, jakiej się obawiamy przy rozległych zapaleniach szpiku kostnego, a mianowicie złamania samoistnego szczęki.

3) Cięciem przez powłoki zewnętrzne przerywano najważniejsze połączenia ogniska zapalnego z gruczołami chłonnemi podżuchwowemi, skutkiem czego powstawały zwykle długotrwałe obrzęki twarzy.

4) Stwarzano dobre warunki dla powstania zniekształcającej blizny, tembardziej, że blizna ta w czasie długotrwałego gojenia się rany, zwykle zrastała się z powstałemi wgłębi częściami kostnemi.

5) Spowodowywano często długotrwałe przetoki ślinowe naskutek przypadkowego uszkodzenia ślinianki przyusznej.

Poniżej podany przypadek, jeden z ostatnich, jakie miałem sposobność obserwować, najlepiej zilustruje wynik operowania zapalenia szpiku kostnego przez zewnętrzne powłoki.

U pacjentki S. powstało półtora roku temu zapalenie szpiku kostnego trzonu żuchwy lewej dolnej szczęki naskutek chorego, dolnego zęba mądrości.

Po zabiegu operacyjnym t. j. cięciu dokonanym przez powłoki zewnętrzne wzdłuż dolnego brzegu żuchwy oraz po założeniu szwu kostnego z powodu jej złamania, wprawdzie objawy ostrego stanu zapalnego złagodniały, jednak mniejsze i większe martwaki oddzielały się w ciągu całego roku wśród stałego ropienia przez powłoki zewnętrzne.

Wreszcie po ponownej operacji również zewnętrznej celem usunięcia martwaków, (przyczem usunięto i szew kostny), nastąpiło ostateczne wyleczenie, niestety jednak z wyraźnem skrzywieniem i zniekształceniem — dolnej części twarzy.

Wszystkich tych ujemnych stron operowania przez zewnętrzne powłoki można uniknąć, przeprowadzając zabieg bardziej odpowiadający warunkom anatomicznym trzonu żuchwy.

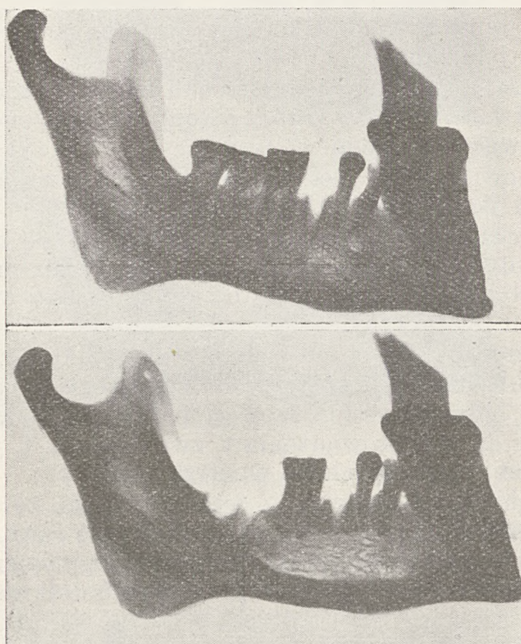
W przypadkach zapalenia szpiku kostnego trzonu żuchwy zasada operowania polega na tem, że szukamy dostępu do ogniska, do szpiku kostnego przez powłoki najcieńsze, a więc przez śluzówkę t. zn. śródustnie.

Jedynem miejscem dającem w tych razach dobre warunki operacyjne, a mianowicie: dostateczne miejsce operowania, dostęp do ogniska zapalnego, możliwość stosowania koniecznych do zabiegu instrumentów — jest przedsionek jamy ustnej.

Zabieg operacyjny przedstawia się w następujący sposób:

Po odchyleniu wargi ku dołowi i po odciągnięciu obu policzków nazewnątrz, mamy widoczną boczną ścianę trzonu żuchwy. — Przecinamy śluzówkę oraz części miękkie i okostną na miejscu, gdzie śluzówka pokrywająca wyrostek zębodołowy i trzon żuchwy przechodzi na policzek. Zęby przytem muszą być zwarte.

Cięcie winno być przeprowadzone w takiej rozciągłości, jak sięgają zmiany w okostnej.



Rys. 1. Rentgen extraoralny żuchwy.

Rys. 2. Osteotomia.

Po odsunięciu okostnej razem z częściami miękkiemi na zewnętrznej ścianie żuchwy w części górnej są widoczne wyniosłości wywołane tkwiącemi zębami, a poniżej twarda, gładka i zbita część trzonu żuchwy.

Na tej zewnętrznej ścianie w okolicy wierzchołków zębów usuwamy dłutem albo trepanami zewnętrzną ścianę szczęki, zwykle dwie łatwo (w nieco dalej posuniętych przypadkach zniszczone już do pewnego stopnia części kostne mogą być usuwane nawet łyżeczką kostną), rozszerzamy ku górze w stronę do zębów jak i ku dołowi w stronę brzegu żuchwy dostęp do wnętrza kości dolnej szczęki.

W ten sposób powstaje szczelina w zewnętrznej ścianie żuchwy o szerokości mniejwięcej około 2 cm. W górnej części tej szczeliny

widoczne są wierzchołki zębów, dolny brzeg biegnie po linji skośnej szczęki.

Tak więc otrzymujemy szeroki i łatwy dostęp do szpiku kostnego trzonu dolnej szczęki.

Łyżeczką kostną usuwamy zmienione części kości, stwarzając przez to lepszy odpływ wydzielin ropnych nazewnątrz.

Zakładając lekko gazę vioformową albo jodoformową do rany kości, kończymy zabieg operacyjny.

Cięcie w obrębie trzonu żuchwy powinno koniecznie obejmować odcinek zajętej kości.

Przy obustronnem zapaleniu trzonu żuchwy szczelina w kości może sięgać od kąta żuchwy jednej strony do kąta żuchwy drugiej, a więc obejmować cały trzon.

Po operacji leczenie jest proste, polega na zmianach gazy — usuwaniu jej i ponownem lekkiem zakładaniu.

O ile proces został ograniczony i rozpoczęło się zdrowe ziarninowanie rany, dążenie śluzówki do wrastania wgłąb, można przystąpić do drugiego zadania, zadania stomatologicznego w 2 — 3 tygodniu po zabiegu operacyjnym.

Aby zachować zęby objęte zapaleniem szpiku kostnego, rozpoczynamy leczenie, przechodząc z kolei od jednego zęba do drugiego.

Z chwilą, gdy wszystkie zęby są przejrzane i zaplombowane, mamy warunki do przeprowadzenia t. zw. rezekcji, t. j. odcięcia obnażonych korzeni sterczących do wnętrza rany.

Zabieg ten jest konieczny ze względu na to, że obecność tych korzeni uniemożliwiałaby prawidłowe gojenie się rany, oraz, że zęby z martwemi miazgami mogłyby się stać stałem ogniskiem infekcji tak lokalnej jak i ogólnej podobnie jak przy zębach dotkniętych zgorzelą miazgi.

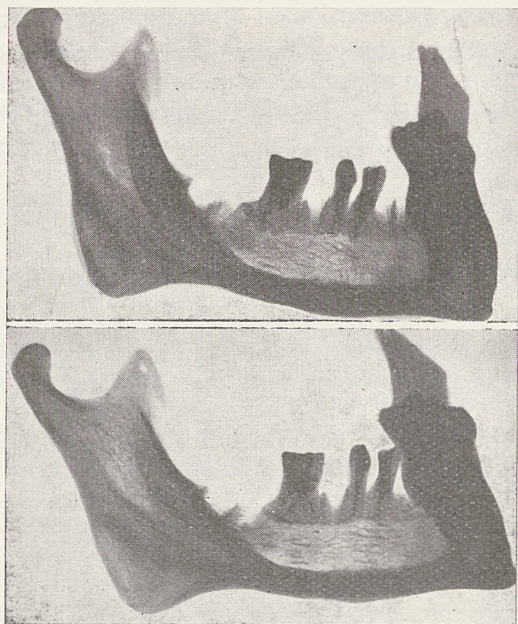
Śródustny sposób operowania zapalenia szpiku kostnego trzonu żuchwy ma tę doniosłą stronę, że umożliwia nam zachowanie zębów tkwiących w odcinku dolnej szczęki objętym przez zapalenie szpiku kostnego, zębów, które zwykle narażone są na zagładę.

Zęby te w czasie przebiegającego zapalenia szpiku kostnego — rozchwiane, wzmacniają się po przeleczeniu i służą w dalszym ciągu choremu do żucia.

Wobec niezwykle dobrych wyników zabiegu śródustnego operacje przez zewnętrzne powłoki są sposobem technicznie nie stojącym na wysokości współczesnej wiedzy o leczeniu zapalenia szpiku kostnego trzonu dolnej szczęki.

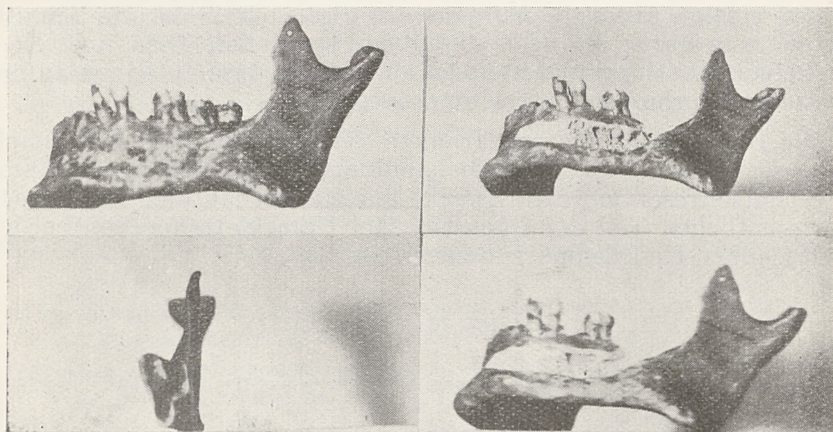
Oczywiście ujęcie operacji zapalenia szpiku kostnego trzonu żuchwy podane w tej formie narzuca pewne trudności, wymaga bowiem nietylko dobrych warunków operowania jak: oświetlenia, wyświczonej pomocy i t. p., ale wogóle ścisłej współpracy chirurga ze stomatologiem.

Śródustne leczenie zapalenia szpiku kostnego trzonu żuchwy jest stosowane na Oddziele Chirurgji Stomatologicznej od blisko



Rys. 3. Zaplombowane korzenie zębów.

Rys. 4. Rezekcja korzeni zębów.



Rys. 5. Żuchwa.

Rys. 6. Osteotomia.

Rys. 7. Żuchwa w przekroju czołowym po osteotomji.

Rys. 8. Rezekcja korzeni zębów.

dziesięciu lat w licznych przypadkach z najlepszemi wynikami tak pod względem chirurgicznym jak i stomatologicznym, albowiem:

1) Dolny brzeg żuchwy, a więc ciągłość trzonu żuchwy daje się zwykle zachować, i tym sposobem złamanie szczęki uniknąć;

2) Zewnętrzny wygląd chorego pozostaje zwykle niezmieniony;

3) Gojenie się rany pooperacyjnej jest szybkie tak jak zwykle w jamie ustnej;

4) Zabieg umożliwia zachowanie i dokładne przeleczenie zębów uszkodzonych zapaleniem szpiku kostnego i

5) Prawidłowa funkcja zgryzu była zwykle zachowana.

Wnioski.

1) Leczenie chirurgiczne zapalenia szpiku kostnego trzonu żuchwy przez powłoki zewnętrzne jest nieracjonalne i krzywdzące chorego.

2) Jedynem miejsce leczenia chirurgicznego zapalenia szpiku kostnego trzonu żuchwy jest przedsionek i zewnętrzna ściana trzonu żucwhy.

3) Leczenie szpiku kostnego trzonu dolnej szczęki wymaga jednoczesnego leczenia zębów tkwiących w chorym odcinku.

ZUSAMMENFASSUNG:

1) Bei der Knochenmarkentzuendung des Unterkieferkoerpers ist die chirurgische Behandlung durch die äusseren Hautbedeckungen nich nur unzweckmaessig, sondern sogar im hoechsten Masse den Kranken schaedigend.

2) Das einzige rationelle Vorgehen in diesem Falle ist die Schnittfuehrung durch die Schleimhaut im Vestibulum Oris und Knochenaufmeisslung in der Form einer 2 cm. breiten Rinne an der Aussenflaeche des Unterkieferkoerpers.

3) Die Behandlung der im kranken Knochen stehenden Zaehne, durch Trepanation, Wurzelbehandlung, Wurzelfuellung und Wurzelspitzenresektion zum Zwecke der Zahnerhantung stelet einen wesentlichen Teil der Operation am Unterkieferknochen bei bestehender Knochenmarkentzuendung dar.

PIŚMIENNICTWO.

Kirschner Nordman: IV. 1. Teil. strona 866. Osteomyelitis der Kiefer , str. 944, Absc. et Osteomyelitis.

Mayrhofer: Chirurgie der Dentalen Mund- und Kieferkrankheiten. Abscessus — str. 140.

E. Sonntag - W. Rosenthal: Lehrbuch der Mund- und Kiefer - Chirurgie. Abscessus et Phlegmone, str. 293.

Garrè Küttner Lexer: Handbuch der Praktischen Chirurgie I. Band, str. 951 Osteomyelitis.

Eduard Borchers: Allgemeine und Spezielle Chirurgie des Kopfes. Ostitis, Osteomyelitis. Str. 150.

W. Bauer: Osteomyelitis des Unterkiefers mit tödlichem Ausgang nach Zahnextraktion. (V. f. Z. 1930. H. 2.).

Karl Hauenstein: Ueber die Osteomyelitis der Kiefer und ihr Zusammenhang mit den Zahnzysten. (V. f. Z. 1928 H. 3).

— Ueber die Osteomyelitis der Kiefer und ihr Zussammenhang mit den Zahnzysten — Schluss). V. f. Z. 1928 H. 4).

S. G. Freikina: Die Veränderungen des weissen Blutbildes in der Klinik der odontogenen Osteomyelitiden. D. Monatschr. f. Z. 1930. H. 17.

E. Lindner (München): Untersuchungen über die Ätiologie der Osteomyelitis der Kiefer an Hand von Kranken geschichten aus dem zahnärztlichen Institut und der chirurgischen Poliklinik München. D. Monatschr. f. Z. 1931. H. 12.

J. Lukomsky (Moskau): Zur klinischen Charakteristik der Zahnextraktion als operativer Eingriff - Periodontitis und Osteomyelitis. D. Monatschr. f. Z. 1932 H. 13.

G. Hesse: Unterkieferosteomyelitis durch Kinnfurunkel. D. Monatschr. f. Z. 1933. H. 12.

F. Ascher: Zahnersatz nach Totalverlust der Mandibula als Folge chronisch sequestrierender Osteomyelitis. D. Monatschr. f .Z. 1933 H. 19.

B. Pistiner: Akute eitrige Periostitis oder acute Osteomyelitis. Z. Stom. 1929. H. 4.

O. Hofer: Schwere Osteomyelitis nach Zahnextraktion. Z. Stom. 1932 H. 3.

O. Form: Chronische Kiefereiterung durch Zahnretention. Z. Stom. 1932 H. 10.

Otto B.: Osteomyeletis des Unterkiefers hervorgerufen durch einen Furunkel am Kinn. Z. Ründsch. 1925—6.

O. Loos: Verantwortliche und unverantwortlieche Zahnheilkunde bei 3 Osteomyelitisfallen. Z. Rundsch. 1926 H. 3.

W. Balters Bonn: Sequestrierende Zahnkeim-entzündung im ersten Säuglingsalter oder Kieferosteomyelitis der Kinder und Säuglinge — eine Ergänzung zu K. Fr. Hoffmanns Veröffentlichung in Nr. 23 der Z. R. (Z. R. 1926. H. 28).

Ritter: Ein Fall von Osteomyelitis — Sachverständigenurteil in einer Klage auf Schadenersatz. Z. Rundsch. 1926. H. 29.

F. Molt: Die Behandlung der acuten Osteomyel. der Kiefer. Z. Rundsch. 1928. H. 26.

M. M. Reinmöller: Zur Therapie der Osteomyelitis der Kiefer. — Correspondenzblatt für Zahnärzte 1928 — Heft 8 u. 9.

J. Fridrichowsky: Ein kasuitischer Betrag zu den eitrigen Kieferknochenentzündungen. D. M. f. Z. 1926. H. 1.

Partsch: Oral entstandene Eiterungen. D. M. f. Z. 1923. H. 7.

Schubert: Ueber einen Fall von sequestrierender Zahnkeimentzündung. D. M. f. Z. 1923. H. 17.

G. Axhansen: Ueber die odontogenen akuten Entzündungsprozesse am Unterkiefer. Z. Rundsch. 1933 — 41, 42, 43.

M. Wassmund: Ueber die odontogenen akuten Entzündungsprozesse am Unterkiefer. Z. Rundsch. 1933 — 48.

Iselin: Beurteilung der akzidentelltraumatischen akuten Osteomyelitis adolescentium. Der Chirurg 1934 — 23.

Bercher: Ostéomyélite mandibulaire chronique à forme hyperostosante. La Revue de Stom. 1927. Nr. 8.

Worms et Bercher: Cinq observations d'ostéomyélite aigue des machoires. La R. de Stom. 1927. Nr. 8.

M. Gornonec: Ostéomyélite du maxillaire inférieur. La Revue de Stom. 1927. Nr. 9 i Nr. 10.

A. Pont: Ostéomyélite à bascule du maxillaire inférieur. La Revue. 1927. Nr. 12.

M. F. Ginestet: Ostéomyélite aigue de la mandibule, suivie de mort par complications cardiaques. La Revue de Stom. 1927. Nr. 12.

M. M. Pollosson et Dechaume: Ostéomyélite pseudo-sarcomatose du maxillaire inférieur, consécutive à l'eruption vicieuse d'une dent de sagesse. La Revue de Stom. 1927. Nr. 12.

Camillo Ramorino: La guérison spontanée de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur, est-elle'possible? La R. de Stom. 1930. Nr. 6.

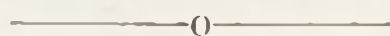
Costes et Crocquefer: Ostéomyélite aigue du maxillaire inférieur, consécutive à une plaie de la muqueuse buccale chez un tabétique. La Revue de Stom. 1930. Nr. 8.

Pacaud et Bergeret: Ostéomyélite du maxillaire inférieur, avec fracture spontanée chez un hérédo-syfilique. La Revue de Stom. 1930. Nr. 10.

Rousseau — Decelle: Apropos d'un cas d'ostéomyélite. La Revue de Stom. 1931. Nr. 2.

Pierre Gassier: Guérison rapide d'une ostéomyélite grave par la phagothérapie. La Revue de Stom. 1931. Nr. 7.

Bozo. Lattès et Vrasse: Oservatione d'une ostéomyélite d'origine hématogène du maxillaire inférieur. La Revue de Stom. 1931. Nr. 8.



Z Kliniki Chirurgji Stomatologicznej Akademji Stomatologicznej w Warszawie.
Kierownik: Prof. Dr. ALRED MEISSNER.

Lek.-dent. JANUSZ KRZYWICKI.
St. asystent Kliniki Ch.-St. A. S. *Warszawa.*

Zapalenie kości długich, a zapalenie kości szczęk *)

Jednem z poważniejszych i cięższych schorzeń b. często wywołanych następstwami próchnicy zębów jest zapalenie kości i szpiku kostnego szczęk. Zmiany anatomopatologiczne, występujące przy tem schorzeniu, są takie same jak przy zapaleniu kości długich, objawy kliniczne różnią się jednak w tych przypadkach. Możemy przypisać to jedynie warunkom i stosunkom anato-

*) Referat wygłoszony w Sekcji Naukowej Zrzeszenia dnia 6.VI. 1935 r.

micznym jakie spotykamy w otoczeniu, budowie kości długich i szczęk. Rozpatrzę teraz te schorzenia, zwracając większą uwagę na ich podobieństwa i różnice. Zapalenie kości długich jest ciężkiem schorzeniem, chory ma wygląd zatrutego jadami bakteryjnemi, przytomność przyćmiona, lub zupełny jej brak, trudno nawet dowiedzieć się o miejscu bolącem. Zespół objawów, jaki występuje w tych przypadkach zwano tyfusem kostnym (Wettstein, Mikulicz) z powodu podobieństwa objawów: wyglądu zewnętrznego, wysokiej temperatury, dreszczy, osłabienia i t. p. Chory z zachowaną przytomnością wskazać nam może miejsce bolesne. Badanie i objektywne stwierdzenie miejsca objętego sprawą chorobową w początkowem stadjum przez obmacywanie i opukiwanie jest trudne, gdyż niepozwalają na to mięśnie pokrywające kość, dające odruch obronny przez napinanie się. Po paru dniach możemy stwierdzić pewną ciastowatość tkanek miękkich, obmacywanie głębokie wywołuje ból; w dalszym przebiegu możemy stwierdzić głębokie chełbotanie, w okresie tym tworzy się ropień podokostnowy, który po przedarciu się przez okostną, może dawać obraz ropowicy, ropnia podśluzowego. Kończyna zajęta sprawą chorobową jest obrzęknięta, zaczerwieniona, bolesna przy ruchu. Po otwarciu ropnia lub przedarciu się samoistnem pozostają w tem miejscu przetoki, które świadczą o toczącej się sprawie zapalnej.

Zapewne każdy z nas tak kolegów najstarszych, jak również najmłodszych miał sposobność badać chorego z zapaleniem szpiku szczęk. Wygląd zewnętrzny chorego zdradzał stan ciężko chorego: chód ociężały, cera żółto-ziemista lub sinawa, oczy błyszczące. Skarżył się on, iż bolał go ząb, następnie bóle objęły również szczękę dolną bądź górną; promieniując do ucha, skroni, a nawet całej głowy. Przy ogólnem wejrzeniu podpada nam obrzęk powłok zewnętrznych, złe samopoczucie, brak apetytu, podwyższona temperatura, dreszcze, często, o ile sprawa dotyczyła trzonowców dolnych lub górnych, niemożność otwierania ust, utrudnione połykanie, zdarzyć się może porażenie nerwu bródkowego przy sprawie toczącej się w dolnej szczęce. (Rys. 1). Przy badaniu bliższem stwierdzamy zaczerwienie danej okolicy, obrzęk rozlany bez wyraźnej granicy, obejmujący również okolice sąsiadujące z miejscem stanu zapalnego, czasami nawet dalej położone. Obrzęk ten przeważnie na dotyk bolesny. Skala jego konsystencji jest różną: od elastyczno-twardej poprzez ciastowatą do chełboczącej, zależnie od zaawansowania stanu zapalnego; temperatura powłok zewnętrznych podwyższona; skóra słabo przesuwalna, w głębi wyczuć można naciek zapalny w postaci zgrubienia nieprzesuwalnego względem kości; gruczoły podszczękowe (A. B. C.)[1]) niemacalne, w przypadku stanów zapalnych w dolnej szczęce. W górnej szczęce przy stanach zapalnych gruczoły są zmienione grupami zależnie od umiejscowienia stanu zapalnego. Przy badaniu wewnętrznem stwierdzamy zwykle w przedsionku wygórowanie zaczerwienione, rozpulchnienie

[1]) Klasyfikacja według Partscha.

dziąseł i śluzówki, które pokryte są szarym lub szaro-żółtawym nalotem, bolesne, konsystencji różnej, temp. podwyższonej, granice wyraźnie zaznaczone Od strony właściwej jamy ustnej zauważyć można podobne zmiany, przechodzące na dno jamy ustnej; w górnej szczęce często chełboczące uwypuklenie na podniebieniu pod postacią ropnia. Badając uzębienie, znajdujemy zwykle zniszczony ząb próchnicą, bolesny przy dotyku i postukiwaniu, chwiejący się, jak również i zęby sąsiednie, wyrostek zębodołowy bolesny obustronnie, przy ucisku często można zauważyć wydobywającą się ropę wzdłuż szyjki zęba. Są to objawy ostrego zapalenia kości i szpiku kostnego szczęk.

Zapalenia kości i szpiku kostnego mogą powstawać:

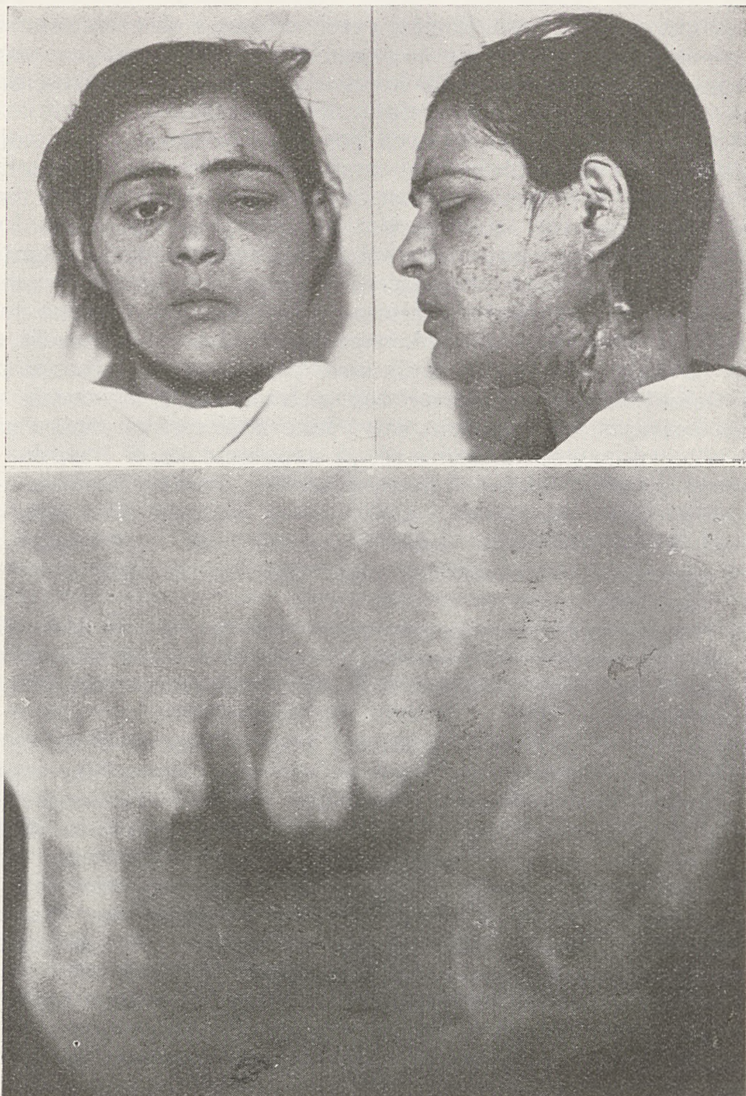
1-o na drodze urazowej (przerwania ciągłości kości),

2-o na przejściu procesu zapalnego z otoczenia,

3-o na drodze krwionośnej.

1. *Zapalenia kości długich powstają przeważnie* przy powikłanych złamaniach kości, t. j. przy przerwaniu powłok zewnętrznych, ochraniających złamaną kość od infekcji z otoczenia. Wielu uczonych skłania się ku poglądowi, iż uraz zewnętrzny bez uszkodzenia ciągłości kości odgrywa wielką rolę. (Flemming, Müller, Speed, Sołowjew), Barri w 75% dopatruje się przyczyn w urazie, Maingt w 42,5%, Racher 50%. Dziwnem może się wydawać, że nawet słabe urazy, kontuzje lub nawet wstrząsy dają częściej zapalenie szpiku niż ciężkie obrażenia; często sprawy te występują po dłuższym okresie czasu, lekarzowi trudno jest wtedy dojść przyczyny, dopiero dokładny wywiad wyjaśnia całą sprawę. Doświadczenia wykazały, iż po obrażeniu kości nawet w postaci stłuczenia, o ile we krwi znajdowały się bakterje ropotwórcze, powstawało zapalenie szpiku, wyjaśnić ten objaw można w ten sposób, w miejscu stłuczenia następowało zmniejszenie odporności kości, do której tworzyły się wylewy krwawe, zawierające bakterje, które znajdują podatne warunki do rozwoju. Często sprawy infekcyjne pozostawiają w kości ogniska, jakby w stanie uśpienia i przy osłabieniu organizmu, nawet bez znanych i widocznych przyczyn, dają ostre, rozlane zapalenia szpiku. Dlatego też we wszystkich przypadkach zapaleń kości, trzeba doszukiwać się przyczyny w całym organizmie. Zapalenia szczęk pochodzenia urazowego spotykają się rzadko, mimo, że złamania są zwykle powikłane, z uszkodzeniem powłok zewnętrznych t. j. skóry, prawie zwykle śluzówki, która jest cienką, w niektórych miejscach zbitą tkanką, rozrywaną odłamami kości, jednak sprawa goi się szybko, rzadziej z komplikacjami zapalnemi. Sprawę tę należy tłumaczyć jedynie warunkami anatomicznemi, gdyż pod względem aseptyki, warunki w jamie ustnej są o wiele gorsze, ponieważ ślina dochodzi wszędzie, roznosząc różnorodną florę bakteryjną w niej zawartą. Zapalenia występować mogą tylko w miejscach rozerwania ciągłości tkanek, nie rozlewając się szerzej. Odumarcia mogą występować jedynie w przypadkach powikłanego złamania z odłamkami, które, pozbawione odżywczych naczyń krwionośnych, podlegają nekrozie, utrudniając gojenie się sprawy. Pod tą rubrykę należy podciągnąć

również zapalenia po urazach, na jakie narażona jest kość szczękowa przy zabiegach chirurgicznych np. ekstrakcjach; prócz urazu mechanicznego (ucisk, ruchy wyważania zęba), mamy przy wierzchołku korzenia, ten locus minoris resistentiae pod postacią drobnego ogniska o charakterze stanu zapalnego, przewlekłego, któ-



re przy urazie może dać obraz ostrego zapalenia kości. Nieraz zgłaszają się do nas pacjenci po extrakcjach z silnym bólem, obrzękiem, bolesnością wyrostka, a po pewnym czasie wydzielają się im drobne martwaczki, które są najlepszym dowodem, że toczyła się tam sprawa zapalna (Rys. 3). O ile wydzielają się one bezboleśnie, w krótkim przeciągu po extrakcji (do tygodnia), świadczyć to tylko może, że są to małe odłamki zębodołu nie usunięte łyżeczką, a odłamane przy zabiegu.

2. Stan zapalny kości długiej przechodzący z otoczenia, prowadzi do zapalenia okostnej, następnie przez kanały Hawersa stan zapalny obejmuje powierzchowną część kości, dążąc wgłąb; najczęściej spotyka się tę sprawę przy panaritium, otitis media.

Zapalenia kości szczękowych pozostają przeważnie na tej drodze, gdyż występują w przypadku ropnego zapalenia lub zgorzeli miazgi zęba. Przy tych stanach chorobowych przy wierzchołku tworzy się pas demarkacyjny ziarninowy, jednak przy dużej zjadliwości bakteryj,nagłym ich wzroście, osłabienia odporności organizmu, a więc i kości, zmianach wstecznych w ziarninie (tłuszczowych, wodniczkowych lub częściowemu odumarciu), infekcja przenika do istoty gąbczastej wyrostka zębodołowego, następnie kości szczęki, przechodząc na trzon, obejmując szpik kostny; jeśli sprawa toczyć się będzie w dolnej szczęce; w górnej zaś sprawa toczyć się będzie w beleczkach kostnych i śródkościu, gdyż jako kość płaska szpiku nie zawiera. Nie wolno nam zapominać, że zapalenie kości i szpiku kostnego może powstać również przy sprawach przyszyjkowych, gdzie przy zabliźnianiu się części przyszyjkowej w głębi kieszonki pozostaje ognisko, które drogą ciągłości przejść może na wyrostek zębodołowy, następnie trzon szczęki, dając takie same objawy, jak przy stanach zapalnych przywierzchołkowych.

3. Najczęstszym sposobem przeniesienia infekcji do kości długiej jest droga krwionośna, tembardziej, iż szpik posiada własności zatrzymywania bakteryj, dzięki istniejącym w nim przeciwciałom zwalczającym bakterje ,objaw ten zwie się haemotaxis.

Drogą krwi powstaje zapalenie przeważnie po chorobach infekcyjnych, jak: szkarlatyna, odra, tyfus, ospa, paratyfusy, może również powstać po operacjach żołądka i wątroby, po zgnieceniach, złamaniach, wstrząsach kości bez przerwania ciągłości powłok zewnętrznych, wtórnie przy zapaleniach stawów; najczęściej jednak przez rozniesienie bakteryj z ogniska pod postacią czyraków, zastrzałów, anginy. (Chiari, Mallori, Cattard, Eljasberg, Matrosoff, Neff, Kelemen, Bisenberger, Gruber, Stransky). W przypadkach tych musi być jednak złośliwa infekcja i duża ilość bakteryj we krwi, bo jak zauważono, komórki śródbłonka, szpiku kostnego i układu siateczkowo-śródbłonkowego posiadają zdolności fagocytozy jak kom. żerne, dlatego też mniejszą infekcję zwalczają bez żadnych następstw.

Zapalenia kości i szpiku w szczękach na drodze krwionośnej spotyka się jako sprawy przerzutowe i pierwotne, przeważnie po cho-

robach osutkowych, jak odra, ospa, szkarlatyna, stan zapalny powstaje przy zawiązkach zębów, gdyż warunki ukrwienia są podobne jak w nasadach kości długich, dlatego też częściej sprawę spotyka się w wieku młodzieńczym do lat 17, przy chwilowem osłabieniu organizmu.

Punktem wyjścia dla stanów zapalnych w kościach długich jest metafiza (część przynasadowa trzonu kości) lub wewnętrzna warstwa okostny, gdzie mamy siatkę szerokich naczyń krwionośnych, w których krew bardzo wolno płynie, dając większą możność rozsiania bakteryj. Po przeniknięciu bakteryj do szpiku w przypadkach przewlekłych stanów zapalnych sprawa przez kanały Hawersa przenika pod okostną, w ostrych wywołanych streptokokami, następuje zajęcie całego szpiku. Szpik ulega przekrwieniu (zaczerwieniony) następują wynaczynienia ze zmienionych jadami bakteryjnemi ścian naczyń krwionośnych. Miejsca te stają się żółtawe lub bezbarwne, soczyste, galaretowate, dokoła nich pas przekrwienia, zaczerwienienie. Masy te rozpadają się, tworząc żółtawą lub żółto-sinawą ropę lub nawet posokę; w przypadkach bardzo zjadliwych bakteryj możemy nie zauważyć wydzielin ropnych, jedynie odumarcie szpiku. Naskutek zaczopowania naczyń krwionośnych, wylewów krwawych, następuje upośledzenie odżywiania tych miejsc, które odumierają, tworząc martwaki zależnie od umiejscowienia sprawy chorobowej, mogą obejmować cz. środkowe kości pod postacią martwaka środkowego. W kościach długich sprawa może dotyczyć części przynasadowych, martwak może wtedy oddzielić nasadę od trzonu kości; w tych przypadkach może nastąpić przedarcie się sprawy do stawu, dając ciężkie ich zapalenie. O ile sprawa zapalna przeszła przez kość w kierunku okostnej, staje się ta obrzmiałą, soczystą, przesiąkniętą płynem krwistosurowicznym w warstwach głębszych przy kości. Pod okostną zbiera się płyn surowicy, przechodzący w włóknikowy galareciejący, który odwarstwia okostnę od kości, przechodzi następnie w ropny, tworząc ropień podokostnowy. W miejscach najmniej odpornych okostna odumiera, tworzą się w niej otwory, przez które ropa przedostaje się do tkanek otaczających, wywołując w nich stan zapalny pod różnemi postaciami; które przedzierają się nazewnątrz, dając stale ropiejące przetoki. W przypadkach, gdy sprawa toczy się dość długo pod okostną, może nastąpić obumarcie powierzchowne kości, dając martwak powierzchowny, płaszczyznowy.

W sprawach zapalnych szczęk sprawa przeważnie przedziera się ku jamie ustnej, dając charakterystyczne obrazy ropni podokostnych. W górnej szczęce istnieje możliwość przedarcia się sprawy do zatoki szczękowej, wywołując w niej stan zapalny, przy zajęciu całego trzonu szczęki górnej, sprawa może przejść również na oczodół, wywołując ciężkie obrazy chorobowe; sprawy te nie są rzadkie. W dolnej szczęce ze względu na grubą warstwę istoty zbitej, utrudniającej szybkie przedarcie się sprawy nazewnątrz, powstają częściej rozlane zapalenia szpiku kostnego.

Z resztek pozostałego zdrowego szpiku, z naczyń zachowanych

kanałów Haversa zaczyna rozrastać się młoda tkanka łączna podobna do tk. embrjonalnej, otaczająca cały martwak, zjawiają się w niej osteoklasty, niszczą pozostałe beleczki kostne. Działają tu również zaczyny białkotrawiące ropy, rozpuszczające tkanki dokoła martwaka, tak ,że po pewnym czasie od 2 tygodni nawet do paru miesięcy cały martwak otoczony jest ziarniną oddzielającą go od tkanki żywej, następuje t. zw. demarkacja.

Ziarnina i zaczyny ropy, stale trawiące obumarłą część kości, doprowadzają do ciągłego zmniejszania się martwaka, często o ile sprawa znalazła ujście nazewnątrz, można zauważyć w wydzielinach ropnych wydobywające się z nią z przetoki małe kawałeczki odumarłej kości. Równocześnie ze sprawą zapalną ropną, a więc destrukcyjną, w kości przebiega sprawa nowotworzenia kości ze strony okostny i kanalików Howersa ocalałej kości. Okostna zaczyna grubieć, stopniowo odkładają się w niej sole wapnia, które impregnują również zawartość kanalików i w ten sposób tworzy się dokoła martwaka jakby skorupa gruba bez misternego utkania beleczek kostnych t. zw. eburnacja. Często sprawa ta dochodzi do tak dużych rozmiarów, iż może zastąpić odumarłą część kości, w stanach zapalnych rozległych. Przy małych ogniskach to nawrstwienie występuje w mniejszym stopniu. Muszę zaznaczyć, iż ten proces nawarstwienia jest podtrzymywany istnieniem martwaka wewnątrz trumienki, t. j. tej warstwy nowej kości, zauważono, że po usunięciu tegoż (martwaka) proces ten zostaje zatrzymany, a ma to wielkie znaczenie przy leczeniu, o czem wspomnę jeszcze. Po oddzieleniu się martwaka, gdy sprawa po przedarciu się przez tk. miękkie znajduje ujście nazewnątrz pod postacią przetoki, stan zapalny, ostry, przechodzi w przewlekły, który trwać może nawet latami; z przetok wydzielać się będzie ropa, niszcząc powłoki zewnętrzne. Sprawa chorobowa trwa tak długo, dopóki nie zostanie usunięty martwak przez samoistne wydzielenie się bądź też drogą chirurgiczną. Powstały ubytek kości wypełnia się ziarniną, przy dużych jamach celem szybszego wypełnienia się wprowadza się inne tkanki np. mięsień. W jamie ustnej nawet przy dużych brakach nie robimy tego, gdyż zachyłki i ubytki wypełniają się ziarniną.

W ten sposób ostre stany zapalne przechodzą w przewlekłe. Przewlekłe stany zapalne pierwotne mogą powstawać jedynie przy przejściu przewlekłych stanów zapalnych z otoczenia, ewentualnie w przypadkach, gdy kość i okostna zbyt słabo reagują na czynniki uszkadzające kość, ma to miejsce przy urazach chemicznych (fosfór, rtęć), świetlnych (roentgen), oraz zapaleniach swoistych: gruźlica, kiła. W przypadkach tych możemy obserwować obrazy całkowitego obumarcia kości, bez burzliwych obrazów ostrego zapalenia, sprawa zapalna stopniowo i powoli niszczy kość. W przewlekłych stanach zapalnych możemy rozróżnić następujące postacie: a) rozrzedzające zapalenie kości — ostitis rarefaciens, b) stwardniające — ositis ossificans, c) zniekształcające — ostitis deformans zwane również chorobą Paget'a, oraz d) włókniste — ostitis fibrosa. Ze względu, że jest to odbiegnięciem od zasadniczego tematu, na tych uwagach poprze-

stanę rozpatrywać zmiany anatomopatologiczne, przejdę do bakterjologji zapaleń.

W wydzielinach ropnych przy ostrych stanach zapalnych szpiku kostnego, najczęściej spotykamy bakterje typu: streptocacus pyogenes, haemoliticus, mucosus, staphylocacus albus, pyogenes, aureus, pnemococus, gonococus, bacillus typhi, bacterium colli i pyogens. Te same typy bakterji spotykamy w stanach zapalnych kości szczękowych, jednak dochodzą do tej flory bakteryjnej jeszcze streptocacus viridans, anhemoliticus, bacillus pseudodyphteriae oraz spirochaety. Najcięższe obrazy kliniczne spotykamy przy obecności bakteryj: streptococus aureus.

O ile w przypadkach zapalenia kości długich łatwo jest o omyłkę djagnostyczną, o tyle w przypadkach zapalenia kości szczęk djagnozę łatwo jest postawić ze względu na wyraźne objawy, możność dokładnego zbadania. Kości długie pokryte mięśniami, ścięgnami, powięziami, trudne są do zbadania, a objawy chorobowe różne. Dopiero badanie dodatkowe (röntgen), który daje również wielkie usługi i przy stanach zapalnych szczęk, badaniach krwi, w której występuje leukocytoza, oraz punkcje dają możność postawienia djagnozy.

Przypadki przewlekłe z czynnemi przetokami prowadzą do wyprysków skórnych (egzem), róży i zwyrodnienia skrobjowatego narządów wenętrznych. Stany zapalne szpiku w objawach nietypowych można przyjąć omyłkowo za objawy gruźlicy, wrodzonej kiły, ostrego przebiegu krzywicy, nawet posługując się röntgenem, nie robiąc badań dodatkowych.

W większej ilości przypadków zapalenia kości i szpiku rokowanie możemy dać dobre, jedynie o ile stwierdzimy liczne ogniska zapalne w różnych kościach z objawami septicaemji, oraz przy długim trwaniu choroby prognoza staje się gorszą. Śmiertelność tych schorzeń waha się między 10% — 15%.

Tabela.

a wynosi według	*dla kości dług*ich
Schönbauer	10% — 15%
Rechniowski	26%
Enderlen	10%
Brandt	25.65%
dla kości szczęk	
Cieszyńskiego	0.9%

Przechodząc teraz do omówienia terapji zapaleń kości długich i szczęk, są one w zasadzie identyczne, jeśli chodzi o załatwienie sprawy chirurgicznie.

Przy zapaleniu szpiku i kości długich stosuje się prócz leczenia miejscowego, leczenie ogólne, przeważnie serologiczne, które daje dobre wyniki w przypadkach ciężkich, kiedy z ogniska pierwotnego nastąpiło zainfekowanie narządów wewnętrznych, miejscowe

objawy wymagają interwencji chirurga. Wielu chirurgów skłania się do wakcynoterapji, przeciwskazaniami do niej są: kochexia, zapaści, choroby nerek i wątroby, niedomogi serca, gruźlica, mały białkomocz, krwiomocz nie są przeciwwskazaniami. Według pracTinnozziego, Siccard'a, Josta, Wodenski'ego, lepsze jeszcze wyniki można otrzymać przez stosowanie autowakcyn. W ciężkich przypadkach Janes, Verinier radzą stosować transfuzję krwi, celem wprowadzenia przeciwciał krwi osobnika zdrowego. Przy przewlekłych i podostrych stanach zapalnych dobre wyniki otrzymali Freund, Philips, Sowitzky, Finkelstein, naświetlając zajęte kości röntgenem. Postępowanie chirurgiczne w przypadkach ostrych sprowadza się do otwierania ognisk ropnych w kości, szczególnie ma ona wielkie znaczenie u chorych, u których stale występuje wysoka temperatura, jako objaw zatruwania jadami bakteryjnemi i produktami rozpadu białka. Według poglądów Nordmana wczesne otwarcie jamy szpikowej skraca okres uwolnienia się martwaka.

Po przetrepanowaniu kości, o ile są duże wydzieliny, drenuje się ją drenami gumowemi, lub przy małych sączkuje się gazą przepojoną antyseptykiem. Johanson, Krasnobaew polecają drenowanie celem lepszego wypłókiwania wydzielin, a temsamem zwalczanie zjadliwości bakteryj, przepłókiwanie drenów płynem Dakina lub rivanolem, szczególnie ma to duże znaczenie przy leczeniu zachowawczem, t. j. jaknajdłuższem, nieusuwaniu martwaka dla wytworzenia się grubej trumienki (nowej kości), któraby mogła przyjąć na siebie czynność zniszczonej zapeleniem kości. Częściową rezekcję kości zajętej stanem zapalnym stosuje się jeszcze i dzisiaj, o ile zjadliwość bakteryj jest tak duża, że grozi infekcją całemu organizmowi, jednak czynnościowa kość taka jest upośledzona. Po otwarciu ognisk następuje przejście stanu ostrego w przewlekły, celem zupełnego zlikwidowania sprawy chorobowej należy po stwierdzeniu röntgenologicznem, że nastąpiła całkowita demarkacja martwaka, usunąć go, by uwolnić kość od ciała obcego, drażniącego tkanki, podtrzymującego ropienie i infekcję, poczem ubytek goi się per secundam intentionem.

Podobne postępowanie ma miejsce przy zapaleniach kości szczęk, tylko w czasie operacji musimy również usunąć przyczynę, którą przeważnie bywa ząb, drogą extrakcji, rezekcji lub tylko zachowawczego leczenia (rzadziej). Jednak słusznem wydaje się przy dużych obumarciach, nieprzeprowadzanie wczesnej sequestrotomji, lecz leczenie zachowawcze, któreby mogło doprowadzić do odbudowy szczęki, przy zachowaniu okostny, która jest tym czynnikiem regeneracyjnym. Leczenie takie przeprowadza się drenowaniem kości, przepłókując je płynem Dakina, 1% ziranolem lub emulsją jodoformową (jodoform 10.00 Glicerini 100.0). Do seqeuestrotomji przystępujemy po stwierdzeniu oddzielenia się martwaka röntgenologicznie, na co wskazują również objawy zewnętrzne: silniejsze wyzielanie się ropy, lekki obrzęk i bolesność. W przypadkach gdy w miejscu zapalenia pozostały cienkie ścianki kości i nowowytworzonej trumienki,

wskazanem jest zakładanie na zęby sąsiednie szyn wzmacniających dla uniknięcia samoistnego złamania szczęki przy akcie żucia.

Przy racjonalnem leczeniu stanów zapalnych, sprawę chorobową można wyleczyć bez następstw dla pacjenta, jednak mimo włożonych wszelkich starań i wiadomości, sprawy mogą przebiegać w ten sposób, że dają częściową lub zupełną niemożność posługiwania się kończyną, o ile ich to dotyczy, lub szczęką, jako następstwa komplikacyj. Komplikacjami w tych wypadkach są ropowice, zajęcia stawów prowadzące do ich znieruchomienia lub złamania, które w tych przypadkach dają zwykle pewne upośledzenie czynności.

PIŚMIENNICTWO.

G. Axhausen. — Über die odontogenen acuten Entzündungsprozesse am Unterkiefer. Z. R. 1933. H. 41, 42, 43.

E. Borchers. — Allgemeine und Spezielle Chirurgie des Kopfes.

A. Cieszyński. — Ropowice szczękowe.

S. G. Freikina. — Die Veränderungen des weissen Blutbildes in der Klinik der odontogenen Osteomyelitis D. M. f. Z. 1930. H. 17.

Kierschner Nordman. — B. IV. T. I.
Osteomyelitis der Kiefer.
Osteomyelitis.

R. Leśniowski. — Chirurgja ogólna t. I i II.

E. Lindner. — Untersuchungen über die Ätiologie der Osteomyelitis der Kiefer an Stand der von Kranken geschichten aus dem zahnärztlichen Institut und der chirurgischen Poliklinik D. M. f. Z. 1931. H. 12.

S. Moczare. — Tödliche acute dentale Infectionen Z. f. S. 1932. H. 11.

R. Nitsch. — Bakterjologja.

L. Paszkiewicz. — Anatomja patologiczna t. I i IV.

B. Pistiner. — Acute eiträge Periostitis oder acute Osteomyelitis Z. f. 3. 1929. H. 4.

L. Radliński. — Wykłady kliniczne z chirurgji.

E. Sonntag — *W. Rosental.* — Lehrbuch der Mund und Kiefer-Chirurgie.

C. Wassmund. — Über die odontogenen acuten Entzündungs am Unterkiefer Z. R. 1933. H. 48.

L. Singer. — Das Patologische anatomische Bild eines oral entstandenen subtemporale Abssess mit einbruch in das Gechirn Z. R.— 1928. H. 32.

M. Reinmöler. — Zur Therapie der Osteomyelitis der Kiefer Z. R. 1928. H. 50.

Z Kliniki Chirurgji Stomatologicznej Akademji Stomatologicznej w Warszawie.
Kierownik: Prof. Dr. ALFRED MEISSNER.

ZOFJA KŁOSKOWSKA - WEJROCH.
Lekarz - dentysta, Adjunkt Kliniki. *Warszawa.*

Przypadek samoistnie zlikwidowanego ropnia przygardłowego na tle zębowem u ciężko chorej cukrzycowej przy stosowaniu insuliny.

W dniu 13.VI. 1934 r. zgłosiła się na Klinikę p. N. R. lat 44, zamężna, podając następujące dolegliwości: przed 3 laty pojawiły się bóle dolnego lewego trzonowego zęba — ząb ten leczono i zaplombowano.

Kilka dni temu wystąpiły silne bóle tego samego zęba, opuchnięcie lewej strony twarzy, ból gardła, trudności przy połykaniu i otwieraniu ust, senność, zawroty głowy, osłabienie i temperatura dochodząca do 39 stopni.

Zogólnych schorzeń podaje, że od 4 lat cierpi na cukrzycę, zaleconą kurację przez internistę przeprowadzała nieregularnie.

Badanie przedmiotowe. Pacjentka lekko zamroczona, sprawia wrażenie osoby ciężko chorej, chodzi. Temperatura ciała 38 stopni. Wzrost średni, budowa prawidłowa, skóra wiotka, sucha, blada, podściółka tłuszczowa silnie rozwinięta. W płucach i sercu większych odchyleń od normy nie stwierdza się.

Miejscowo: w okolicy lewej podżuchwowej i kąta żuchwy rozlane wygórowanie o zabarwieniu skóry normalnem; przy dotyku bolesne, ciepłota podwyższona, konsystencji elastyczno-twardej; skóra w stosunku do wygórowania przesuwalna. Gruczoły podżuchwowe niewyczuwalne z powodu nacieczenia całej okolicy podżuchwowej.

Przedsionek jamy ustnej tak w górnej, jak i w dolnej szczęce bez zmian, chora otwiera usta na 1½ cm.

Na dnie jamy ustnej w okolicy zęba 8 zaczerwienione wygórowanie wielkości śliwki, przechodzące ku tyłowi na łuk podniebienno-językowy i migdałek. Wygórowanie to przy dotyku bolesne, konsystencji elastyczno-twardej.

Jama ustna niehigienicznie utrzymana, osad i kamień nazębny. Zgryz normalny, dość duże braki w uzębieniu.

Ząb 8 zniszczony próchnicą, bolesny przy postukiwaniu.

Badania dodatkowe: 1) zdjęcie rentgenowskie lewej żuchwy wykazało w okolicy wierzchołka 8 patologiczne zmiany wielkości dużego grochu, o niezbyt ostrych konturach — zmiany te przemawiały za sprawą przewlekłą, ziarninową, przywierzchołkową ozębnej; 2) analiza moczu — z odchyleń od normy wykazała ciężar właściwy 1.037, cukier 8,3%, obecność acetonu.

Na mocy powyższych danych rozpoznano: ropień przygardłowy na tle zaostrzenia się przewlekłej sprawy przywierzchołkowej ziarninowej ozębnej na skutek zgorzeli zęba 8.

Uważając, że sprawa miejscowa nie przedstawiała się bardzo

groźnie, zaś stan ogólny chorej ze względu na obecność acetonu i 8,3% cukru w moczu był ciężki, postanowiono nie przystępować odrazu do zabiegu chirurgicznego, lecz przedtem przynajmniej chorą odkwasić.

Ustalono więc dyjetę dość bogatą kalorycznie, (około 40 kalorji na 1 kilo wagi), ograniczając ilość białka (do 1 grama na 1 kg. wagi) i tłuszczów. Równocześnie stosowano zastrzyki podskórne insuliny w ilości 70 jednostek dziennie (30 rano i w obiad — 10 wieczorem). Miejscowo na okolicę lewą podżuchwową lód, celem ograniczenia sprawy zapalnej.

14.VI. 34 r. Ropień wyraźnie ograniczył się — nacieczenie w okolicy podżuchwowej zmniejszyło się. Wobec tego, że sprawa miejscowa nie miała tendencji rozszerzania się, a analiza moczu przeprowadzona tego dnia wykazywała nadal obecność acetonu, zalecono w dalszym ciągu terapję insulinowo-djetetyczną.

15.VI. 34 r. Wieczorem nastąpiło samoistne przedarcie się ropnia. Ból gardła ustąpił, temperatura opadła do 37 stopni.

W ciągu tygodnia pacjentka pozostawała nadal na wyżej wymienionej kuracji. Ogólny stan chorej w dalszym ciągu się poprawiał. Nacieczenie pod żuchwą znacznie się cofnęło. Z rany wydzielały się stale niewielkie ilości ropy.

W dniu 21.VI, wobec tego, że acetonu w moczu już nie stwierdzono i cukru tylko 1,6%, a wydzieliny ropne nadal trwały, ząb 8 był bolesny przy gryzieniu i stan zapalny okolicy przygardłowej nadal się utrzymywał — usunięto ząb w ogólnem uśpieniu chlorkiem etylu.

Chora narkozę zniosła dobrze, jednak po godzinie wystąpił zawrót głowy, osłabienie, mdłości, a w moczu pojawił się aceton.

Po podaniu 30 jednostek insuliny podskórnie, 1 l. kroplówki z 5% glukozy, oraz ol. camphorae 2 cm. plus 0,2 coffeini — objawy te ustąpiły.

Przez kilka następnych dni chora pozostawała na poprzednio ustalonej kuracji insulinowo-dyjetycznej.

W dniu 24. VI została wypisana z następującemi zleceniami: zastrzyk podskórny insuliny w ilości 2 razy dziennie po 20 jednostek, a w dyjecie zwiększono ilość białka i tłuszczów, ponieważ aceton ustąpił.

Po tygodniu ilość insuliny zmniejszono do 20 jednostek dziennie.

Po miesiącu chorą zbadano i stwierdzono całkowite zagojenie rany i alweoli po usuniętym zębie.

Powyższe stanowisko wyczekujące w przypadku ropnej sprawy zapalnej w okolicach gardłowych było usprawiedliwione następującemi momentami: 1) stała obserwacja chorej na Klinice i możliwość w każdej chwili interwencji chirurgicznej;t 2) stosunkowo dość łagodne objawy lokalne przy ciężkim stanie ogólnym. Naogół w sprawach ostrych ropnych zapalnych u djabetyków autorzy, jak prof. Leschke, nie radzą wyczekiwać a to z dwóch względów: 1) sprawy

ropne zapalne u chorych cukrzycowych bardzo szybko rozszerzają się; 2) wskutek działania zawartej w ropie trypsyny na insulinę powstaje stan określony przez Marcel Labbe jako „d'insulino resistance", kiedy nawet bardzo wielkie dawki insuliny (800 jednostek dziennie) nie zdołają już chorego odcukrzyć. W przypadkach ostrych ropnych wskazana jest, jak podaje Raoul Boulin, natychmiastowa interwencja chirurgiczna po uprzednim zastoosowaniu 200 — 300 jednostek insuliny na dzień z równoczesnem zastrzyknięciem 40 — 50 cm. glukozy 20 — 40% dożylnie.

Jest to najlepszy sposób zapobiegania powstaniu kwaśnicy i śpiączki cukrzycowej — temu najgorszemu powikłaniu u chirurgicznie chorych djabetyków.

———o———

Z Kliniki Chirurgji Stomatologicznej Akademji Stomatologicznej w Warszawie.
Kierownik: Prof. Dr. ALFRED MEISSNER.

Lek.-Dent. MARJA SZANIAWSKA.
St. asystent Kliniki. *Warszawa.*

Niezwykła przyczyna zębowa zakażenia ustnego.

Dnia 30 maja 1935 roku zostałam wezwana do p. F. J. l. 19, który pozostawał w opiece lekarskiej internistycznej w ciągu trzech tygodni i badanie którego pozytywnych wyników nie dawało. Chodziło przeto, żeby sprawdzić, w jakim stanie jest jama ustna.

Ponieważ chory w wywiadzie nie podawał żadnych dolegliwości zębowych, przeszłam do badania.

Badanie zewnętrzne wykazało: lekką asymetrję twarzy, spowodowaną wygórowaniem w okolicy policzkowej i licowej strony prawej, ozabarwieniu normalnem, kształcie półkulistym, granicach zatartych, niebolesne, o ciepłocie niezmienionej.

Gruczoł limfatyczny podszczękowy, znajdujący się w środkowej części trzonu żuchwy po stronie prawej, wyczuwalny, wielkości fasoli, nieco bolesny, elastyczno-twardy, przesuwalny.

Przy badaniu przedsionka jamy ustnej, wyczułam w okolicy trzonowców górnych prawych wygórowanie, nieznacznie bolesne, twardości kości, o ciepłocie niezmienionej, granicach ostrych, nieprzesuwalne.

W jamie ustnej właściwej zmian chorobowych nie znalazłam. Badając uzębienie, stwierdziłam: niedużą ilość kamienia nazębnego, zgryz prawidłowy, oraz, że ząb pierwszy dolny trzonowy lewy i ząb mądrości górny prawy są martwe, zaś w okolicy górnych prawych trzonowców jest gojąca się rana i brak dwóch zębów trzonowych.

Na skutek tego spostrzeżenia przeprowadziłam dodatkowy wywiad, w którym chory podał, że: dnia 5 kwietnia 1935 roku zaczął odczuwać lekki ból w szczęce górnej prawej, równocześnie wystąpiły— nieznaczna asymetrja twarzy oraz rozchwianie zęba trzonowego gór-

nego prawego. Który to był ząb — chory dokładnie nie zdawał sobie sprawy, nie był nim napewno ząb mądrości.

Nie sprawiając większych dolegliwości, objawy te po kilku dniach przeszły.

Dnia 9 maja 1935 roku pojawiły się silne dreszcze i temperatura 39°. Stan taki był w ciągu trzech dni, przez ten czas chory zażywał środki przeciwgorączkowe.

Czwartego dnia ciepłota opadła do normy, podniosła się następnego dnia i na poziomie 37° rano, 38° wieczorem, utrzymywała się przez dziesięć dni. W międzyczasie pacjent zauważył, że ząb górny trzonowy bardzo się chwieje i że wzdłuż tego zęba wydziela się obficie ropa. Równocześnie towarzyszyły temu — nieznaczny obrzęk prawej połowy twarzy, ból ucha prawego, ból całej głowy, głównie jednak po stronie prawej.

Po usunięciu zęba wygórowanie na twarzy zmniejszyło się, ciepłota opadła do stanów podgorączkowych i na tym poziomie pozostawała w dalszym ciągu. Inne dolegliwości przeszły.

Po zapoznaniu się z anamnezą i wywiadem, uwagę moją zwrócił fakt, że choremu brakuje dwóch prawych trzonowych górnych zębów, usuwany natomiast był z pewnością jeden ząb.

Do pomocy przyszło badanie rentgenowskie, które wykazało, że w przestrzeni między zębem drugim przedtrzonowym górnym prawym, a zębem mądrości górnym prawym, powyżej wyrostka zębodołowego — tkwi twór, kształtem odpowiadający zębowi trzonowemu; w obrębie korony tego zęba jest jasna plama, świadcząca o znajdującem się tam ciele obcem np. plomba.

Zdjęcie rentgenowskie occipito - frontalne zmian w obrębie zatoki szczękowej nie wykazało.

Biorąc pod uwagę dane z wywiadu i badania, przyszłam do wniosku, że cztery tygodnie temu chory przechodził ostre ropne zapalenie szpiku kostnego, wyrostka zębodołowego w okolicy górnych prawych trzonowców, jako powikłanie spowodowane zgorzelą zęba trzonowego, znajdującego się głęboko w szczęce, podobnie, jak przy zębie zatrzymanym.

Badanie więc wykazało, że poza zmianami ustalonemi powyższą diagnozą, nie było nic takiego w jamie ustnej, coby mogło przyczynić się do ujemnego wpływu na ogólny stan zdrowia. Natomiast sprawa chorobowa w górnej prawej szczęce usprawiedliwiała podejrzenie, że miejsce to jest źródłem cierpienia pacjenta — tembardziej, że ząb tkwił w szczęce bez śladu przetoki, na nieswojem miejscu, pokryty całkowicie częściami miękkiemi, z koroną zniszczoną i z cieniami, przypominającemi plombę. Wyjęcie tych nieprawidłowości było więc wskazane.

Wobec tego dnia 11 czerwca 1935 roku przeprowadziłam zabieg w znieczuleniu miejscowem: zastrzyk z 2% polokainy do foramen infraorbitale i tuber maxillae, oraz podokostnowy od strony podniebienia. Następnie — cięcie półkoliste w przedsionku, przebiegające od zęba drugiego przedtrzonowego do zęba mądrości, odchylenie mięk-



Str. prawa: zdjęcie rentgenowskie przed operacją.
Str. lewa: ułożenie zębów usuniętych w pozycji jakiej znajdowały się po odpreparowaniu śluzówki.

kich części i usunięcie zęba, leżącego u podstawy kości jarzmowej oraz extrakcja zęba mądrości, którego przeleczenie ze względu na bardzo zakrzywione korzenie było dość trudne, a główną intencją całego zabiegu było jak najradykalniejsze załatwienie sprawy. Następowo-usunięcie ziarniny, która rozwinęła się kosztem tkanki rodzimej, oraz martwaków kostnych. Po odpreparowaniu śluzówki policzka — zeszycie ze śluzówką od strony podniebienia. Dokładne oględnięcie zęba usuniętego wykazało znaczne zniszczenie korony tegoż zęba próchnicą i obecność cementu na dnie komory. Spostrzeżenie powyższe świadczy niezbicie o tem, że ząb ten stał niegdyś w szeregu zębowym w jamie ustnej, ponieważ stwierdzić w nim można dowody konserwatywnego zabiegu stomatologicznego.

Na pytanie — jak znalazł się ząb powyżej wyrostka zębodołowego, ze względu na to, że pacjent żadnych danych nie przypomina sobie, przypuszczalnie ta odpowiedź będzie najbliższą prawdzie, że został on wtłoczony podczas extrakcji sąsiedniego zęba. W tem oświetleniu należy tłumaczyć, że ząb ten był źródłem komplikacyj ogniskowych drogą apikalną przez niewyleczone i niezaplombowane korzenie. Wywołał on duże zmiany w szczęce, dzięki którym łatwiej mógł być wtłoczonym pod miękkie części. Przypadek powyżej opisany świadczy o tem, w jakich trudnościach diagnostycznych znaleść się może lekarz-stomatolog i jak duże znaczenie w tym względzie posiada zdjęcie rentgenowskie, które wykazało nietylko obecność zęba, co przy zwykłem klinicznem badaniu było nie do stwierdzenia, ale że ząb ten nie jest zatrzymanym, gdyż znajduje się w nim jakieś ciało obce.

Powyższy przypadek uczy, jakie nieprzewidziane możliwości mogą być w jamie ustnej, pomimo, że chory nie skarży się na żadne dolegliwości i badanie kliniczne nie wykazuje wyraźniejszych zmian chorobowych.

Fakt ten narzuca stomatologowi obowiązek dokładnego badania objektywnego jamy ustnej, a lekarzowi interniście liczenie się z obecnością tamże źródeł infekcyjnych.

———o———

Lek. Stom. WACŁAW RUBINSZTEJN. Warszawa.

Anatomja Patologiczna, Klinika i Terapja gruźlicy jamy ustnej.

(Referat, wygłoszony w Sekcji Naukowej Zrzeszenia dnia 21 czerwca b. r.).

Gruźlica jamy ustnej powstaje, gdy infekcja wtargnie przez uszkodzoną śluzówkę, albo też, gdy śluzówka jest niewydolna odpornościowo i cechuje ją określone usposobienie i podatność do schorzeń.

Drogi szerzenia się infekcji, prowadzącej do gruźlicy jamy ustnej są różne. Ze względu na sposób powstawania dzielimy gruźlicę na:

I. Zakażenie pierwotne,
II. ,, wtórne.

Pierwotne zmiany gruźlicze w jamie ustnej są bardzo rzadkie; wprawdzie literatura cytuje przypadki, jednak przeważnie kliniczne, nie potwierdzone sekcją. Częściej stosunkowo pierwotne zmiany gruźlicze mogą wystąpić u dzieci. W i e n e r i P f a f f podkreślają zmianę zabarwienia dziąsej, jako pierwszy objaw gruźlicy u dziecka. Palce, pokarmy, zabawki i t. p. mogły pośredniczyć w tych przypadkach we wniknięciu prątków do uszkodzonej śluzówki.

Doświadczenia, przeprowadzone na zwierzętach przez C o r n e t'a wykazały, że i nieuszkodzona błona śluzowa może ulec schorzeniu. C o r n e t wprowadzał między szyjkę zęba i dziąsło, tępym instrumentem, plwocinę zakażoną prątkami. Po trzech tygodniach występowało owrzodzenie, okoliczne gruczoły chłonne dawały odczyn i sprawa się uogólniała, dając przerzuty do płuc, śledziony. Identyczne wyniki osiągnął C o r n e t wszczepiając zarazki w śluzówkę podniebienia, czy też języka.

Jama ustna może również ulec zakażeniu na drodze wtórnej:

I. Przez samozakażenie,
II. ,, ciągłość,
III. Na drodze krwiobiegu,
IV. Przez naczynia chłonne.

I. Przy *samozakażeniu* źródłem infekcji jest płuco; dowóz prątków odbywa się w sposób mechaniczny: via jama ustna — tchawica — oskrzela. Spostrzeżenia kliniczne wykazały współzależność między umiejscowieniem infekcji, a drogą odbywaną przez zarazek, a więc na podniebieniu miękkiem, języku ,krtani i t. p. S k w o r c o w stwierdził w 92% przypadków gruźlicy jamy ustnej pierwotne ogniska choroby w płucach.

II. Mechanizm kroczenia infekcji *per continuitatem* polega na niszczeniu tkanki przez produkty życiowe prątków. Sam prątek jest nieruchomy i jedynie toksyny, których w miarę rozmnażania się laseczników jest coraz więcej, za pośrednictwem płynów tkankowych, powiększają stale przestrzeń, objętą sprawą chorobową.

a) Coolidge (1892) podaje przypadki szerzenia się gruźlicy per continuitatem ze śluzówki nosa przez for. incisivum na błonę śluzową podniebienia twardego.

b) Infekcja może posuwać się drogą powierzchowną ze skóry okolic rima oris na rubor i facies labii superioris.

c) Za drogę głęboką będziemy uważali szerzenie się sprawy z okolic philtrum, drogą pokrywającą się z przebiegiem m. depressor septi nasi na śluzówkę przedsionka jamy ustnej.

III. Szerzenie się infekcji *naczyniami krwionośnemi* może mieć miejsce w wypadku wtargnięcia prątków do krwiobiegu przy uogólnieniu się sprawy chorobowej. Przyczem każde ognisko krwiopochodne może z kolei samo przez się być źródłem szerzenia się infekcji najrozmaitszemi drogami.

Zakażenie może się szerzyć łożyskiem małego lub dużego krążenia. Małe krążenie jest brane pod uwagę przy badaniach gruźlicy płuc. Stomatologję bardziej interesuje duży krwiobieg, tą bowiem drogą uogólnia się infekcja, prowadząc do wystąpienia zmian na błonie śluzowej jamy ustnej. Końcowym etapem wędrówek prątka po naczyniach są naczynia włosowate. Droga tętnicza do sieci kapilarnej jamy ustnej biegnie przez art. carotis externa, dalej art. maxillaris interna i stąd są możliwe przerzuty do jamy ustnej. Stwierdzenie, że dany przerzut przywędrował dojamy ustnej drogą naczyń krwionośnych jest niełatwe ze względu na nastręczające się trudności w związku z wyłączeniem innych dróg. Według danych Lupozorjum Moskiewskiego na 499 przypadków tocznia górnych odcinków dróg oddechowych u 472 chorych sprawa obejmowała skórę i błonę śluzową, a jedynie w 16 przypadkach ograniczała się tylko do błony śluzowej.

IV. Zdaniem Therre'a *układ chłonny* jest pierwszym etapem choroby. Autor ten uważa, że zmiany gruźlicze mają często mnejsce po stronie, gdzie zęby i gruczoły chłonne są zajęte sprawą chorobową.

Współzależność układu chłonnego jamy nosowej z jamą ustną Most ujmuje w dwa zasadnicze łożyska:

1. Limfa biegnie z jamy nosa w kierunku naczyń chłonnych powierzchni zewnętrznej nosa i twarzy, poprzez chrząstki nosowe i podściółkę tłuszczową choeneo i gromadzi się w bocznych ścianach gardzieli poza podniebieniem twardem (w miejscu ujścia tubae Eustachii).

2. Chłonka płynie ku tyłowi do naczyń chłonnych przełyku.

Gros limfy odpływa drogą tylną. Z tą właśnie komunikacją liczymy się przedewszystkiem przy przerzutach do jamy ustnej na drodze naczyń chłonnych. Najbardziej przytem narażona jest tylna ⅓ podniebienia, ponieważ tędy właśnie płynie chłonka. Poza łącznością z jamą nosową infekcja może się szerzyć w obrębie jamy ustnej wzdłuż anastomoz sieci naczyń chłonnych, dziąseł i podniebienia.

Gruźlica jamy ustnej odbija się na gruczołach chłonnych w charakterystyczny sposób. Są one nie bolesne, powiększone (niejednokrotnie wielkości jaja kurzego); łączą się przytem ze sobą w grona, dając konglomeraty. Obok tego przy gruźlicy gruczoły chłonne są zazwyczaj zajęte obustronnie.

Zęby mogą również być pomostem między prątkami i organizmem ludzkim, służąc w tym celu swemi naczyniami chłonnemi, lub krwionośnemi. Badania Aufrechta i Baumgartena wykazały, że laseczniki wędrują przez przewody zębów zgorzelinowych naczyniami chłonnemi do gruczołów, dalej dostają się do małego krążenia. Efekt końcowy: Ogniska gruźlicze w rozgałęzieniach tętnicy płucnej. Dowóz prątków biegł dwoma torami: przez naczynia krwionośne i — chłonne.

Euler i Zilz znaleźli prątki w ozębnej, uległej zmianom gruźliczym, a także w ziarniniakach przywierzchołkowych. Badania mikroskopowe ziarniniaków przeprowadzone przez Herszkowicza i Szofera (materjał pobierano z korzeni zębów, usuniętych gruźlikom) wykazały w 50 przypadkach obecność szeregu elementów typowych dla gruzełka.

Odenthal wprowadził do ubytku próchnicowego prątki i w rezultacie stwierdził gruźlicę odpowiednich gruczołów chłonnych. Coustaing oraz Pixnoy poddali małpę następującemu doświadczeniu: otwarto komory dolnych kłów i wszczepiono laseczniki Kocha, typu zwierzęcego, poczem ubytki wypełniono cementem. Po trzech tygodniach szyjne gruczoły chłonne dały odczyn zapalny, a równocześnie otworzyła się przetoka w okolicy zębów zakażonych. Naskutek połykania przez zwierzę wydobywającej się z przetoki ropy, w dalszym rozwoju choroby sprawa objęła także drogi pokarmowe. Tak się przedstawia możliwość wtargnięcia prątków do organizmu via ząb. Istnieje jednak dość silna opozycja, której zdaniem, ząb prawie nigdy nie może być furtą dla zakażenia lasecznikami. I tak np. Földi przeprowadził badania chorych z gruźlicą otwartą. Mimo stwierdzenia znacznej ilości prątków w ślinie, nie udało mu się znaleść laseczników w zębach zniszczonych próchnicą. Pogląd ten pokrywa się z pracami Zilza, który jednak nie neguje możliwości istnienia w miazdze zęba gruźlicy w postaci ziarenek Mucha. Autor ten przypuszcza, że pod wpływem kwasu mlekowego, niewątpliwie doniosłego czynnika w procesie próchnicowym, następuje metaplazja prątków w inne postaci: ziarenka Mucha.

Anatomja patologiczna gruźlicy jamy ustnej.

Cechą charakterystyczną dla ognisk zapalnych, wywołanych przez działanie prątków gruźliczych są gruzełki wielkości łebka od szpilki, ziarnka prosa. Większe ogniska, to konglomeraty tych drobnych gruzełków. Gruzełek trudno dojrzeć gołem okiem, natomiast większe guziczki, barwy szarawożółtej przeświecają przez błonę śluzową, odgraniczając się od otoczenia. Badanie mikroskopowe gruzełka daje tak charakterystyczny obraz, że rozprasza wszelkie wątpliwości, jakie mogą powstać w czasie badania klinicznego.

Mamy do czynienia z zapaleniem wysiękowem, lub wytwórczem (najczęściej — postać mieszana). Zjawiska nowotworzenia zachodzą głównie ze strony tkanki łącznej.

Mikroskopowy obraz gruzełka przedstawia się w sposób następujący: w centrum gruzełka komórki olbrzymie typu Langhansa, dokoła komórki nabłonkowate i pas limfocytów jednojądrzastych (w sprawach zapalnych na tle banalnem więcej limfocytów wielojądrzastych) na obwodzie. Spotykamy obok tego gruzełki atypowe; anomalja polega najczęściej na braku komórek nabłonkowatych.

(d. c. n.)

Dział streszczeń

HYGJENA JAMY USTNEJ.

TÜRKHEIM HANS. Wpływ czynników mechanicznych i chemicznych na bakterje w jamie ustnej. (Ueber die Beeinflussung der Mundbakterien durch mechanische und chemische Massnahmen — Z. Rundsch. 1930. 28).

Po ustaleniu przeciętnej ilości bakteryj w zdrowej jamie ustnej przeprowadza Prof. Türkheim szereg doświadczeń dla udowodnienia, jakie czynniki mechaniczne i chemiczne wpływają upośledzająco na florę bakteryjną w jamie ustnej. Środki mechaniczne t. j. czyszczenie szczotką i płukanie, tylko na krótki czas obniżają ilość bakteryj. Już po godzinie bakterje osiągają przeciętny stan liczbowy. Wybitne zwiększenie ilości bakteryj obserwujemy przy zaniechaniu mechanicznego czyszczenia jamy ustnej przed snem. Z badanych chemicznych środków najmniej skutecznem okazało się działanie wody utlenionej. Lepsze rezultaty osiągnięto między innemi hexylresorcinolem w 50% rozczynie i rozczynem wucyny 0,1 : 750. W niektórych przypadkach występowało silne uszkodzenie błony śluzowej. Najbardziej skutecznem wydaje się Türkheimowi podawanie w tabletkach „panflaviny". Uzyskano obniżenie ilości bakteryj do ¼, a w innym przypadku nawet do $1/9$ przeciętnej ilości.

Str. *Juljusz Konstantin*, lek.-dent.

RENTGENOLOGJA.

Dr. C. PARMA. Roentgenografja zębów przy pracach protetycznych. (Röntgenographische Darstellung der Zähne bei prothetischen Arbeiten. Z. Stom. 1935, H. 10).

Roentgenogramy przy pracach protetycznych są wskazane dla stwierdzenia długości korzeni, położenia osi zębów i kształtu korzeni. Ważną jest kontrola już wykonanych prac in situ zapomocą promieni Rentgena. Dla stwierdzenia absolutnej długości korzenia autor dzieli zęby ze stanowiska projekcji na dwie grupy: a mianowicie, pierwszą grupą są dolne trzonowce, przy których obraz śródustny otrzymujemy w ten sposób, że błonę (film) wstawiamy równolegle do osi zębów, a więc film i ząb są równoległe. Drugą grupą są wszystkie inne zęby, gdzie oś zęba i film tworzą między sobą kąt.

W pierwszej grupie postępujemy w ten sposób, że obliczamy długość osi matematycznie według pewnej formuły lub też metodą anatomiczną przez oddalenie ogniska lampą Roentgena na 40 cm. od zębów, przez co błąd w projekcji wynosi zaledwie 2,5%, co praktycznie biorąc, niema znaczenia.

Przy drugiej grupie, t. j. tam, gdzie ząb i film tworzą kąt, otrzymujemy obraz isometryczny przez ustawienie apikalne w ten sposób, że promienie padają prostopadle do płaszczyzny środkowej, leżącej pomiędzy osią zęba a filmem. O ile ząb jest trepanowany, wkładamy do kanału igłę Millera pod kontrolą Roentgena do szczytu i odmierzamy długość korzenia.

Roentgenografją stwierdzamy położenie osi zęba i jej stosunek do płaszczyzny zgryzu, dalej kształt samego korzenia, wielkość komory miazgowej, a co najważniejsze, stosunek koron do korzenia. W tym wypadku należy jednak uwzględnić fakt, że korzenie na zdjęciach wydają się zawsze węższe aniżeli w rzeczywistości z powodu prześwietlenia brzegów powyżej tkanki kostnej szczęki. W zębodole korzenie wydają się szersze aniżeli powyżej w obrębie śluzówki. Ponieważ przy koronach metalowych prześwietlenie brzegów nie występuje, przeto wydaje się zawsze, że nawet przy najlepiej dopasowanych koronach, korona jest za duża i odstaje od korzenia; to samo zjawisko występuje też przy wkładach lanych. Płaszczyzny świecące wydają się większe aniżeli matowe. Te złudzenia, występujące na zdjęciach, wymagałyby, zdaniem autora, dokładnego opracowania.

Str. lek.-dent. *Danek.*

BAKTERJOLOGJA.

I. S. BETECHTIN. W sprawie flory jamy ustnej przy próchnicy. (K woprosu o mikrofłorie połosti rta pri karjesie). Z oddz. bakterjol. Leningr. Instyt. Stom. Sowjetskaja Stomatologja, 2-3, 1932.

Bazą, na jakiej w dobie obecnej opiera się etjologja próchnicy, jest teorja chemiczno-drobnoustrojowa, stworzona przez Müllera. Kontynuowanie podjętych przezeń prac doprowadziło do wykrycia

szeregu bakteryj, ściślej zaś grup bakteryj, grających niewątpliwie doniosłą rolę w powstawaniu próchnicy. Jednak ujmowanie sprawy wyłącznie z bakterjologicznego punktu widzenia nie mogło dać decydującej odpowiedzi, podobnie zresztą, jak i w innych gałęziach medycyny (jak np. etjologja grypy, duru plamistego i t. p.). Zastrzeżenie tego rodzaju tem więcej obowiązuje przy badaniu czynnika etjologicznego próchnicy. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że wszelkie przeprowadzane badania polegają na hodowaniu szczepów bakteryjnych na pożywkach; a przecież nieliczne poczyniono próby w kierunku stworzenia tym drobnoustrojom warunków jaknajbardziej zbliżonych do normalnych, czy to przez hodowanie w ubytkach próchnicowych zębów usuniętych, czy też przez odczyny serologiczne.

Autor pracy niniejszej podszedł do zagadnienia z nowej, bardzo mało wykorzystanej dotychczas strony. Zwrócił wyłącznie uwagę na b. acidophilus. Badania przeprowadzono w ten sposób, że przez dłuższy czas obserwowano u szeregu osobników o najrozmaiciej utrzymanych jamach ustnych powstawanie i rozwój próchnicy w zależności od zjawiania się i znikania b. acidophilus.

Materjał kliniczny

Materjał ambulatoryjny, na jakim przeprowadzono badania, w większości składał się z młodzieży w wieku szkolnym. Ogółem zbadano 60 osób, w tem — 24 mężczyzn, i 36 kobiet w wieku 14 — 20 lat — 45%, 20 — 40 lat — 30% i powyżej 40 lat — 25%. Naogół utrzymanie jamy ustnej pozostawiało bardzo wiele do życzenia, jedynie dzieci w wieku szkolnym, poddawane regularnym oględzinom lekarskim, miały higjenicznie utrzymane jamy ustne. W czterech przypadkach, gdzie wszystkie zęby były w zupełnym porządku, badanie na obecność b. acidophilus dało wynik ujemny

Sposób przeprowadzenia badań.

a). Materjał do prób pobierano w sposób następujący: powierzchowną warstwę (resztki pokarmowe) zdejmowano jałowym wacikiem. Wydrążaczem, lub zgłębnikiem pobieramy materjał z ubytków, lub przestrzeni międzyzębowych.

b). Posiew przeprowadzono na buljonie z 1% kwasem octowym i przechowywano w temperaturze 37°. Codziennie robiono preparat (barwienie Gramem). Obserwacje trwały 15 dni, a niekiedy i dłużej. Jeśli po upływie tego czasu mikroskop nie wykazał obecności gromododatnich pałeczek, stwierdzano wynik ujemny. Inne postaci drobnoustrojów nie rozwijały się w kwaśnym buljonie

c). O ile w buljonie rozwijały się szczepy pałeczek gramododatnich, w celu dokładniejszego zróżniczkowania, rozlewano na płytkach Petri'ego.

d). Z czystej hodowli na buljonie robiono posiew na mleku, w celu ustalenia, po jakim czasie ulegnie ścięciu, które następowało zazwyczaj po 1—2 dobach.

Zestawienie wyników.

Ogółem zbadano 60 osobników. W 40 przypadkach udało się otrzymać kultury pałeczek, które niewątpliwie należały do grupy b. acidophilus. Otrzymane wyniki wymownie świadczą o wielkiem rozpowszechnieniu b. acidophilus, co zresztą pokrywa się ze zdaniem szeregu badaczy. Należy jednak podkreślić, że tego rodzaju badania mają wartość jedynie w wypadku ich ujmowania nie ze ściśle bakterjologicznego punktu widzenia.

Spolszczył *Wacław Rubinsztejn.*

PATOLOGJA OGÓLNA.

A. HUTTER, WILLIAM MIDDLETON, HARRY STEERBOCK. Zanikanie brodawek języka w związku z brakiem witaminy B. Insufisance de vitamines B et depapillation linguale (The Journal of the American Dental Medical Association, 2 octobre 1933; La Revue de Stom. Nr. 5, 1934).

Stany zapalne języka łącznie z atrofją brodawek językowych dadzą się zaobserwować w pewnych wypadkach — specjalnie przy anemji. Z początku jako przyczynę uważano schorzenia wątroby, później zaburzenia przemiany materji. Dzięki pomyślnym wynikom Gerstenberg'era, który stomatity aphtosa i ulcerosa — leczył witaminami B — badania zostały dalej przeprowadzone po tej linji wytycznej. Doświadczenia przeprowadzane na psach, których karmiono jedzeniem z małą ilością witaminy A — nie wykazywały żadnych zmian na powierzchni językowej. Dalsze badania robione na szczurach przez podawanie odżywiania z małą ilością witaminy B — wykazywały po 39 dniach, oprócz zaburzeń w ogólnym systemie nerwowym — zmiany na powierzchni języka w postaci braku brodawek, z początkowym ich zanikiem i nawet owrzodzeniami. Badania przeprowadzone na drugiej serji w ciągu 10 tygodni — dały rezultaty podobne. Rozrost tkanki łącznej w języku, spotykany w anemji złośliwej — tutaj nie był zaobserwowany. Atrofja języka na skutek braku witamin B, jest leczona za pomocą podawania tych witamin do wnętrza; w innych wypadkach leczenie to jest niedostateczne.

C. F.

CHIRURGJA STOMATOLOGICZNA.

Lek.-dent. FR. DÜMIG, Würzburg. Ostre zapalenie szpiku kostnego szczęki górnej u oseska. (Die akute Oberkieferosteomyelitis beim Säugling). D. Z.-M.-u. Kieferheilkunde 1935 H. 6.

Występuje prawie wyłącznie u małych dzieci, w późniejszym wieku tylko wyjątkowo. Kliniczne objawy: obrzęk górnej i dolnej powieki, przesunięcie gałki ocznej, silny obrzęk odpowiedniej połowy twarzy, wysoka temperatura i ogólnie septyczny stan. W jamie ust-

nej obrzęk błony śluzowej ponad wyrostkiem zębodołowym i twardem podniebieniem. Bardzo silne bóle. Autor opisuje wypadek u dziecka 13-dniowego, u którego operacja (przeprowadzana przez prof. Marxa) doprowadziła do wyleczenia w przeciągu 8 tygodni. W tym okresie wystąpiły przerzuty w formie abscesów w okolicy kąta żuchwy, lewej piersi i w tyle głowy. Abscesy te pod wpływem wilgotnych okładów same się wygoiły.

Operacji nie należy za wcześnie przeprowadzać, a mianowicie, przed wytworzeniem się abscesów i sequestrów, bo nie wiadomo, jak daleko mamy zabieg posunąć. Lepiej w tym wypadku poczekać, obserwować przebieg choroby, stosując ciepłe okłady. Według Finkielsteina możliwe jest samowyleczenie w niektórych wypadkach. Najgorsza prognoza jest wtedy, jeżeli nie dochodzi do abscesów i w tym wypadku operacja wczesna daje małą szansę wyleczenia.

Ważnem jest mieć na uwadze, że z powodu zniszczenia zawiązków zębowych dochodzi w późniejszym wieku (od 6 do 14 roku) do silnego zniekształcenia twarzy, czemu można przeszkodzić jedynie przez wczesny zabieg ortodontyczny.

Co do powstania samej choroby istnieją różne zapatrywania. Rynolodzy przypuszczają, że powodem jest infekcja błony śluzowej jeszcze nie rozwiniętej jamy Highmora, która to infekcja, wtórną, drogą przerzutu, rozwija się w kości i zawiązkach zębowych, inni autorzy twierdzą, że zapalenie szpiku kostnego wynika z ogólnej infekcji organizmu drogą naczyń krwionośnych. Niektórzy uważają, że powodem choroby jest pierwotne schorzenie zawiązków zębowych, czemu jednak przeczy badanie histologiczne. Najpraktyczniejsze jest twierdzenie, że infekcja dostaje się pierwotnie lub wtórnie do szpiku kostnego i tam wytwarza ropienie.

Str. lek.-dent. *Danek*.

Dr. ILSE BUCHWALD. Pochodzenie i terapja ropowicy dna jamy ustnej. (Ueber Genese und Therapie der Mund- Bodenphlegmon). Zahnärzt. Runsch. 1935—5.).

Jama ustna z natury rzeczy jest głównym terenem rozwojowym ostrych procesów zapalnych, które mogą stać się przyczyną ciężkich zagrażających życiu komplikacji. Zapalne procesy przebiegające w szczęce w formie ropowicy, nie są procesami sui generis, lecz są one końcową fazą zapalnych procesów przebiegających w jamie ustnej. Próchnica kończąca się zgorzelą miazgi, sprawy zapalne przy utrudnionem wyrzynaniu się zęba mądrości, infekcja po ekstrakcji, infekcja wprowadzona drogą znieczulenia, uraz, są czynnikami wywołującemi schorzenia szczęk oraz tkanek otaczających. Wszystkie te schorzenia ujawniają się drogą naczyń limfatycznych w formie ostrych zapaleń, lub chronicznych z następowem zaostrzeniem. Punktem wyjścia w większości przypadków jest zapalenie ozębnej, przyczem głównym warunkiem będzie obumarcie miazgi z następowem tworzeniem się ognisk przywierzchołkowych natychmiastowo lub po pewnym czasie. Punktem wyjścia mogą być wszystkie zęby z wra-

stającą częstotliwością od 1—8. Najczęstszą przyczyną komplikacji jest ząb mądrości ze względu na swoje położenie w stosunku do diaphragma oris. Specjalna skłonność przedarcia się procesów zapalnych w kierunku do języka, objawia się w okolicy trzonowców i przedtrzonowców, tłumaczy to ułożenie lingwalne wierzchołków korzeni, oraz zaporę, jaką tworzy powierzchnia mięśnia buccinator, i zgrubienia szczęki przez linea obliqua externa. W odcinku przednim obserwuje się większą skłonność do przedarcia się nazewnątrz. Poza techniką extrakcji przyczyną komplikacji jest zaopatrzenie, względnie wadliwe zaopatrzenie ran a w szczególności przy większych ranach poekstrakcyjnych, gdzie wskutek braku brzegu dziąsłowego, skrzep niedostatecznie stworzony, kość i alveola są odsłonięte. Przy infekcji drogą zastrzyku, charakterystyczne jest wczesne ograniczenie ruchów, szybkie obrzmienie, zaczerwienienie, ból na ucisk między dolnym brzegiem żuchwy a przednim brzegiem mastoideus. Ze spraw urazowych fraktury szczęki dolnej powikłane mogą być również punktem wyjścia, przyczem należy wziąść pod uwagę najmniejsze zranienie błony śluzowej. Brak zębów nie jest powodem wykluczenia przyczyny zębowej. Ważną rolę odgrywają równocześnie przebiegające choroby infekcyjne (grypa). Należy wziąć pod uwagę stanowisko socjalne i stąd wynikające niehigjeniczne utrzymanie jamy ustnej. Winę ponoszą również lekarze, którzy, kierując się przebiegiem spraw ropnych w innych częściach organizmu, zwlekają z usunięciem przyczyny wywołującej ropienie. Komplikacje w górnej szczęce. W szczęce górnej ścianka wyrostka zębodołowego jest tak cienka, że sprawa szybko przedziera się w kierunku vestibulum. Infekcja może również drogą vena facialis anterior i vena ophtalmica dojść do sinus cavernosus, wywołać sinusthrombose, meningitis, ropień mózgu, nie wyłączając zmian w samym oku jak zwyrodnienie nerwu wzrokowego panophtalmia. Zaobserwowano również schorzenie gruczołu łzowego naskutek schorzenia górnego kła lub siekaczy. Komplikacje w dolnej szczęce. Sprawy zapalne w dolnej szczęce szerzą się przeważnie drogą naczyń limfatycznych, bezpośrednio infekcja przechodzi na otoczenie jedynie w okolicy molarów. Rzadką jest infekcja dna jamy ustnej drogą krwi obiegu. Ważnem jest umiejscowienie się infekcji. Jeżeli ropa znajduje się między mylohyoideus-digastricus-plotysma pod wpływem wzrastającego ciśnienia i ciążenia przebija się lub przechodzi w przestrzenie tkanki łącznej i między mięśniami. Przy złośliwej infekcji również i druga strona zostaje objęta, a nawet zachodzi możliwość ogólnego zakażenia. Infekcja staje się niebezpieczną z chwilą, gdy z przestrzeni parapharyngealnej wraz z przyśpieszonym oddechem, utrudnionem połykaniem i szczękościskiem sprawa przechodzi na fossa pterygopalatina i fossa infratemporalis. Jeżeli proces posuwa się w stronę szyji — może dojść do ropnego zapalenia śródpiersia — opłucnej — osierdzia i tu zachodzi niebezpieczeństwo sepsis, na skutek szybkiej rsorbcji zjadliwych mas infekcyjnych.

Objawy kliniczne. Utrudnione połykanie, oddechanie, oddech

świszczący, upośledzone odżywianie, temperatura podwyższona, stwardnienie dna jamy ustnej, foetor ex ore, wzmożone ślinienie, obrzęk języka, który nie może być wysunięty poza szeregi zębów, szczękościsk 1—2 stopnia. Brak najczęściej fluktuacji, która zjawia się potem, co wskazuje, że proces ropny toczy się wgłębi. Zewnętrzny obraz jest charakterystyczny, nacieczenie jest twardości deski, napięte, głowa skłania się ku stronie zdrowej, powierzchnia lśniąca, zaczerwienienie, konsystencja skóry od ciastowatej do elastycznej. Skóra na dotyk bardzo wrażliwa, nie przesuwalna względem podłoża. hyoideus ku tyłowi sięga aż do przedniego brzegu mięśnia sternocleidomastoideus, ku przodowi zaś ogranicza się do linji kła.

Wskutek tego kontury żuchwy są zatarte, brzeg żuchwy jest niewyczywalny, kąt ust ściągnięty ku tyłowi. Do ogólnego obrazu tego schorzenia należy jeszcze nacieczenie powieki górnej, zmniejszenie się szpary między powiekami, fałda nosowo-labialna zupełnie zatarta. Proces ten trwa od 3—4 dni, podczas gdy bóle wcześniejsze trwają do 8 dni. Schorzenie to przypada najczęściej u ludzi między 18—30 rokiem życia. Schorzenie to nie jest wywołane specjalnym rodzajem bakterji. Ostro przebiegają sprawy wowołane infekcją mieszaną, ważną rolę odgrywa odporność organizmu i zdolność wytwarzania przeciwciał. Do terapji należy nietylko operacja, ale równocześnie staranie się o podniesienie sił żywotnych organizmu. Większość autorów jest za zewnętrznem cięciem pod dolnym brzegiem żuchwy. Klinika w Rostock dąży do wytworzenia ropnia przez stosowanie gorących okładów i kataplazm, do-mięśniowo omnadynę, jeżeli sprawa posuwa się dalej, cięcie zewnętrzne pod dolnym brzegiem żuchwy, tępe preparowanie, aby nie uszkodzić arterję maxilaris externa oraz drenaże, dożylnie stosuje się calcium.

Streściła *Cilli Mangel*,
absolw. Ak. Stom.

PROTETYKA.

KIRSCHSTEIN WALTER. Metoda użycia żywych zębów przednich jako filary do mostów pod korony Jacketa. (Ueber eine Methode zur Benutzung lebender Frontzähne als Brückenpfeiler unter Jacketkronen. — Z.Rundschau. 1930 — 46).

Wykonując most cyrkularny w górnej szczęce przy zachowanych zębach po stronie prawej 7, 1, a po stronie lewej 1.7, użyto 1/1 jako filary mostowe bez dewitalizacji przy zastosowaniu koron Jacketa. Na pierścieniu korzeniowym odlano wkład ze stopu złotoplatynowego, obejmujący powierzchnię podniebienną i brzeg sieczny. Wkład ten jest zlutowany z przęsłami mostu. Stopień dla korony Jacketa mieści się od strony wargowej w samym zębie, od strony zaś podniebiennej przechodzi w stopień wymodelowany we wspomianym wkładzie.

Po wzięciu wycisku masą Kerra przy pomocy odpowiedniego pierścienia z miedzi, następuje wykonanie korony Jacketa w wiadomy sposób. Str. lek.-dent. *J. Konstantin.*

MARTERER. Bezschodkowa trzyćwierciowa korona. (Zubni Lék. 31, 41-50—1931).

Wskazania dla 3/4-korony: 1. jako ochrona korony zęba przy dużych ubytkach próchnicowych, medjalnych i dystalnych w siekaczach i kłach; 2. jako filar do mostu lub część składowa szyny; 3. jako wzmocnienie powierzchni żujących przy koronach — Richmonda; 4. jako filar do mostu na osadzonych już koronach — Richmonda.

Przeciwwskazania: 1. silnie przebarwione zęby; 2. zęby o dużej próchnicy na powierzchni wargowej; 3. martwe zęby z próchnicą przyszyjkową; 4. zęby pod klamry; 5. sprawy chorobowe przyszyjkowe etc.

Szlifowanie zęba: kamieniem karborundowym szlifuje się powierzchnię żującą aż do momentu wyprowadzenia zęba z okluzji, następnie za pomocą cienkich metalowych paseczków szlifuje się powierzchnie boczne, by umożliwić sobie swobodną pracę krążkami.

Dla mostów i szyn powierzchnie styczne nie powinne być równoległe, lecz zwężone w kierunku powierzchni żującej. W siekaczach brzeg sieczny oszlifowany już poprzednio na grubość złota, ścina się od strony podniebiennej pod kątem 31⁰. O ile ząb jest dokładnie przygotowany, iż żadne podchodzące miejsca nie przeszkadzałyby zdjęciu wycisku, sporządza się odpowiedni pierścień z miedzi, do którego przylutowuje się twardy drut od strony podniebiennej. Drut ten umieszcza się w kierunku osi zęba i służy do łatwiejszego zdjęcia wycisku.

Następnie nowym szczelinowcem wykonuje się rowki na powierzchniach stycznych zęba, niedochodzące na 1 mm. do brzegu dziąsła. Na szlifowanej powierzchni żującej, celem jej powiększenia tworzy się rowek mesjodystalny, który nie musi łączyć ze sobą rowków bocznych. Przy próchnicy mesjalnej lub dystalnej formuje się ubytek tak, by sięgał do powierzchni żującej zęba. W ten sposób otrzymuje się szeroki rowek. Po ukończonem szlifowaniu zęba, wypełnia się masą Kerra przygotowany pierścień z miedzi, a ząb naoliwiamy. Wycisk przy dokładnem spreparowaniu zęba musi lekko schodzić i uwydatnić wszystkie szczegóły. Wycisk upychamy amalgamatem miedzi lub innym materjałem. W środek wprowadza się stary świder, celem łatwiejszego posługiwania się modelem zęba. Po namydleniu modelu, modeluje się koronę z niebieskiego wosku i zatapia się do masy podściółkowej 3-ma ćwiekami od strony prawej, lewej i podniebiennej. Autor opisuje kilka przykładów, dotyczących zastosowania 3/4-korony. Argumentami przemawiającemi za użyciem bezschodkowej 3/4-korony są: 1. łatwiejsze przygotowanie zęba, a tem samem większa precyzyjność i 2. mniejsze niebezpieczeństwo uszkodzenia miazgi.

Str. lek.-dent. *Juljusz Konstantin.*

---o---

KALENDARZ ZJAZDOWY.

1935. 4—10.VIII. Doroczne Zebranie FDI. w Brukseli. IV Kongres Dentystyczny narodowy belgijski 1935. Adres Przewodniczącego: Dr. A. Joachim 3 rue de Hornes. Bruksela.

1935. 7—10.IX. Beograd. III Jugosłowiański Stomatologiczny Kongres. Dr. Juraj Kallay. Ljubljana. Marijin trg. 3/2.

1935. 12—14.IX. Budapeszt. Międzyn. Zjazd „Arpa".

1935. 1—3 XI. Warszawa. VII. Polski Zjazd Stomatologiczny. Adres Biura Zjazdowego: Warszawa, Pl. Małachowskiego 2 II p. Klinika Dentystyki Zachowawczej Akademji Stomatologicznej.

1936. 2—8.VIII. Wiedeń. IX. Międzynarodowy Kongres F. D. I.

1937. Lwów. XV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich. (Sekcja Stomatologiczna).

———o———

WIADOMOŚCI UNIWERSYTECKIE.

Prorektorem Uniwersytetu Warszawskiego na trzyletnią kadencję (1935—38) został ponownie wybrany Prof. zw. Dr. med. Franciszek Czubalski, były dwukrotny Dyrektor P. I. D. w Warszawie.

Prorektorem Akademji Stomatologicznej w Warszawie wybrano w dniu 31 maja b. r. na posiedzeniu wyborczem pod przewodnictwem Jego Magnificencji Pana Rektora Prof. Dr. med. Romana Nitscha. Prof. Dr. med. Alfreda Meissnera, Kierownika Kliniki Chirurg. Stom. A. S.

Prof. Meissner kieruje Kliniką Chirurg. Stom. od dn. 1.IV. 1921 r., t. j. od chwili przeniesienia ze służby wojsk. jako ref. dla spr. dent. w Depart. San. M. S. Wojsk. Piastuje godność wicedyrektora do dnia 1.Ix. 1921 r., a od tej pory do września 1924 r. Dyrektora P. I. D.

W chwili powstania Klinika Chirurg. Stom. mieściła się w jednym pokoju o powierzchni około 7 m² przy ul. Marszałkowskiej 116, III piętro. Dopiero w następnych latach uzyskano dla Kliniki jeszcze 2 ubikacje (około 50 m²), tak, że można było już przystąpić do wykonywania i poważniejszych zabiegów ambulatoryjnie.

Sierpień 1926 roku jest momentem zwrotnym w rozwoju kliniki, gdyż przez wynajęcie nowego lokalu o 550 m² na II piętrze w tymże domu otworzono klinikę dla leżących chorych na 15 łóżek. Od tej pory klinika rozwija się w b. szybkim tempie, tak, że Prof. Meissner z funduszów kliniki wynajmuje w r. 1930 1 piętrowy budynek przy ul. Obrońców 31 dokąd przeniesiono klinikę Chirurg. Stom. powiększoną do 30 łóżek. Szybki ten rozwój wpływa dodatnio na inne kliniki, mianowicie protetyczną i ortodontyczną, które przenoszą się do opróżnionego przez Kl. Chirurg. Stom. lokalu na II piętrze i tem samem studenci mogą w tych klinikach bezpośrednio wykonywać samo-

dzielnie zabiegi kliniczne u pacjentów. Po dwu latach Klinika Chir. Stom. zostaje znowu przeniesiona do centrum miasta, do nowego lokalu przy ul. Marszałkowskiej 149 (obok Rektoratu) o powierzchni 560 m². W ostatnich latach Prof. Meissner był dwukrotnie wybrany Wicedyrektorem P. I. D., piastując tą godność od 1927—1933 r.

WIEC OGÓŁU STUDENTÓW AKADEMJI STOMATOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

Dnia 30 maja b. r. w Auli Akademji Stomatologicznej przy ul. Marszałkowskiej 151 odbył się wiec ogółu studentów A. S. w sprawie uchwały dotyczącej likwidacji Akademji Stomatologicznej w Warszawie, powziętej na VXI Dorocznem Walnem Zebraniu Związku Lekarzy P. P. Na przewodniczącego wiecu powołano kol. Pachońskiego Zdzisława. W prezydjum zasiedli starostowie kursów, sekretarzowali kol. kol. Niedzielska Marja i Banaszkiewicz Feliks. Referentem był starosta IV kursu Łączyński Juljan. Jako delegat Ogólnego Zebrania Profesorów A. S. przybył Doc. Dr. med. Zeńczak Marjan.

Poniżej podajemy uchwały wiecu, złożone dnia 31 maja b. r. na ręce Jego Magnificencji Pana Rektora Prof. Romana Nitscha:

„Stan faktyczny: XVI Walne Doroczne Zebranie Związku Lekarzy Państwa Polskiego powzięło uchwałę zwrócić się z prośbą do czynników miarodajnych o likwidację Akademji Stomatologicznej w Warszawie w jej obecnej postaci i o włączenie studjów stomatologicznych do wydziałów lekarskich uniwersytetów polskich.

Motywy powyższej uchwały nie zostały w sposób właściwy ujawnione, jednak szereg dzienników zamieszczając tę uchwałę uzupełnił ją wyjaśnieniem prawdopodobnie inspirowanem przez wspomniany Związek, chociażby z tego powodu, że dotąd nie zostało przezeń sprostowane. Wyjaśnienie to podaje jako podstawę powzięcia tej uchwały, że lekarze z Akademji Stomatologicznej nie są dostatecznie obeznani z medycyną ogólną i z tej racji nie mogą z całkowitą odpowiedzialnością pełnić swego zawodu.

Przechodząc do oceny formalnej i merytorycznej treści powyższej uchwały ogół studentów A. S. na specjalnie w tym celu zwołanem zebraniu dn. 30.V b. r. stwierdza, że:

obecna Akademja Stomatologiczna istniała w pierwotnej swojej postaci jako Państwowy Instytut Dentystyczny od roku 1920 o charakterze uczelni wyższej jednak nie akademickiej. Najwyższe miarodajne czynniki państwowe i ustawodawcze podniosły P. I. D. do godności uczelni akademickiej, nadając jej obecną nazwę Akademji Stomatologicznej, co znalazło swój wyraz w ustawie o szkołach akademickich z roku 1933. Przekształcenie P. I. D. na uczelnię akademicką pociągnęło za sobą reorganizację studjów stomatologicznych w sensie ich rozszerzenia, zwiększenia wymogów, oraz zmianę Statutu uczelni, jak i wreszcie w sposobie uzyskiwania dyplomu lekarza stomatologa. Jak powszechnie wiadomo chyba za wyjątkiem Zw. Lek.

Państw. Pol. program nauczania w A. S. obejmuje poza czterema katedrami przedmiotów ściśle stomatologicznych niemal wszystkie przedmioty wiedzy ogólno-lekarskiej, wykładane przez profesorów i docentów wydz. lek. U. W. i to w zakresie uznanym przez nich samych za zupełnie wystarczającym dla specjalności stomatologicznej. W zakresie powyższego programu wychowankowie A. S., niezależnie od pracy na czterech klinikach swojej specjalności i egzaminów dyplomowych z tych specjalnych przedmiotów, składają ponadto w ciągu swych studjów 14 egzaminów z tyluż przedmiotów wiedzy ogólno-lekarskiej.

W tym stanie rzeczy wystąpienie ze strony Zw. Lek. P. Pol. musi spotkać się ze strony studentów A. S. z należytą odprawą a to z przyczyn następujących:

I. Zw. Lek. P. Pol. jest tylko organizacją zawodową, której celem, według brzmienia par. 3 Statutu, jest organizacja stanu lekarskiego i obrona jego interesów zawodowych, oraz utrzymanie ogółu lekarzy na wysokim poziomie etycznym i społecznym.

Podjęcie tego rodzaju uchwały — jak powyżej przytoczona — wykracza nietylko poza ramy statutu, ale jest uzurpującą prawa przysługującego miarodajnym i do tego powołanym czynnikom.

II. Niezależnie od formalnych usterek należy podkreślić, że uchwała ta została powzięta, co nabiera specjalnego posmaku, przez Zw. Lek. P. Pol. w skład którego nie wchodzą lekarze stomatolodzy, ani też specjaliści stomatologowie — a zatem przez grono osób nieobeznanych ze specjalnością, o której chcą wyrokować. A jeżeli nawet w składzie wspomnianego związku znajdują się nieliczne jednostki, które obrały sobie tę specjalność, to nie będąc obznajomionemi należycie, ani ze sposobem nauczania w A. S., ani z jej organizacją, ani z wymaganiami stawianemi jej wychowankom — nie mogą orzekać o stopniu wiedzy ani uzdolnienia praktycznego do wykonywania przez tychże ich zawodu.

Jeżeli zaś orzekają, to czynią to w sposób subjektywny tendencyjny, ukrywając nieudolnie istotne przyczyny swych wystąpień.

III. Należy stwierdzić, że istnieją również lekarze absolwenci wydziałów lekarskich uniwersytetów niekoniecznie stojący zawsze na wysokości swojego zadania, ale to, jeszcze nie przesądza wartości i zasadności istnienia uniwersyteckich wydziałów lekarskich.

Podobne wypadki mogą mieć miejsce również wśród absolwentów A. S. co również nie może dawać nikomu podstawy do takich uogólnień i wniosków, na które sobie w sposób bezprzykładny i iure caduco pozwoliło XVI Doroczne Walne Zebranie Zw. Lek. P. Pol.

IV. Od Zw. Lek. P. Pol. jako organizacji stanowej, reprezentującej ludzi nauki i wiedzy, należało spodziewać się wszystkiego, ale nigdy bezzasadnego ataku na uczelnię, stanowiącą poważny dorobek kulturalny odbudowującej się moralnie polskiej społeczności państwowej — na uczelnię, podniesioną do godności szkoły akademickiej —uczelnię, jedyną tego rodzaju nietylko w Państwie Polskiem,

ale i we wszystkich krajach słowiańskich i mieszcząca z tego tytułu w swych murach obcokrajowców.

Podejmując taką uchwałę, Zw. Lek. P. Pol. nietylko skrzywdził moralnie, a co za tem idzie i w społeczeństwie nienależycie w tych sprawach zorjentowanem i materjalnie wychowanków A. S. na ich placówkach pracy zawodowej — ale przedewszystkiem usiłując poderwać przez swoje wystąpienie autorytet uczelni i rzucić na nią niekorzystne światło — wykazał brak objektywizmu w sądzie i wyrobienia państwowego i społecznego.

W tym stanie rzeczy ogół studentów A .S. zebrany na wiecu w dniu 30 maja 1935 roku:

I. Odpiera z oburzeniem bezprzykładne wystąpienie Zw. Lek. P. Pol. tak pod względem formalnym jak i merytorycznym, piętnując je jako nieobywatelskie i niepaństwowe.

II. Zakłada uroczysty i energiczny protest przeciwko ingerencji w stosunki wewnętrzne A. S. ze strony czynników niekompetentnych i niepowołanych.

III. Zwraca się z gorącym apelem do Jego Magnificencji Pana Rektora i Ogólnego Zebrania Profesorów A. S., prosząc o energiczne zareagowanie na wystąpienie Zw. Lek. P. Pol. wsposób mający na celu zapewnienie godności i powagi uczelni oraz obronę jej wychowanków".

Redakcja uważa, że wymagania stawiane absolw. P. I. D. i obecnie A. S. w zakresie przedmiotów przyrodniczo-lekarskich przekraczają aż nadto program studjów z tychże przedmiotów na wszystkich znanych jej analogicznych uczelniach zagranicznych, cieszących się powszechnem uznaniem.

Wobec powyższego i biorąc pod uwagę stały rozwój tej placówki naukowej ufa, że Akademja Stomatologiczna w Warszawie stanie się w najbliższej przyszłości przykładem dla tego typu uczelni zagranicznych.

(Redakcja).

———o———

RUCH NAUKOWY W TOWARZYSTWACH.

Towarzystwo Stomatologiczne. Posiedzenie naukowe z dnia 29 maja 1935 r.

Posiedzeniu przewodniczył wiceprezes Towarzystwa prof. dr. Marjan Zeńczak. Na wstępie złożył hołd zmarłemu Pierwszemu Marszałkowi Polski Józefowi Piłsudskiemu, następnie uczcił pamięć ś. p. prof. dr. W. Łepkowskiego. Referat wygłosił dr. med. L. Brennejsen p. t. „Wpływ swoistych cech wieku dziecięcego na przebieg i leczenie chorób uzębienia". Po wyczerpującym i b. starannie opracowanym referacie, jako pierwszy w dyskusji zabrał głos przewodniczący prof. Zeńczak, omawiając szczegółowo zależność rozwoju i rozrostu szczęk, jakoteż prawidłowego wyrzynania się zębów stałych

od zębów mlecznych. Następnie podał kilka cennych uwag dotyczących postępowania lekarza przy leczeniu najmłodszych naszych pacjentów.

W dyskusji zabierali ponadto głos lek. dentyści Gombiński i Mokrzycki.

J. Konstantin.

PROTOKóŁ.

Posiedzenia Sekcji Naukowej Zrzeszenia Absolwentów Państwowego Instytutu Dentystycznego, które odbyło się dnia 6 czerwca 1935 r.

Posiedzenie zagaił przewodniczący Sekcji Naukowej kolega Juljusz Konstantin. Na wstępie przewodniczący oddał cześć Nieodżałowanej pamięci Pierwszego Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego. Zebrani stojąc w głębokim skupieniu wysłuchali słów przewodniczącego.

Następnie uczczono pamięć zmarłego ś. p. prof. Wincentego Łepkowskiego.

Na porządku dziennym zebrania został wygłoszony referat przez kolegę lek.-dent. Janusza Krzywickiego, starszego asystenta Kliniki Chirurgicznej A. S. na temat: „Zapalenia kości długich a zapalenia szczęk".

W dyskusji zabierali głos: 1) dr. C. Chromiński: „Przy ostrem zapaleniu szpiku kostnego obraz rentgenologiczny nie daje możności ustalenia rozpoznania.

Przy zapaleniu szpiku kostnego w samym początku należałoby używać szczepionek i uważam, że do tego celu najlepiej nadaje się propidon, tylko w dawkach znacznie mniejszych, niż jest ta szczepionka w handlu; mianowicie 0,5 cm^3 jako pierwsza dawka, a nawet 0,3 cm, szczególnie jeżeli mamy dość ciężkie objawy ogólne. Mniejsze dawki dają odczyn ustroju łagodniejszy, a przy leczeniu szczepionkami odczyn dla uzyskania efektu nie musi być burzliwy.

Przy zapaleniu szpiku pochodzenia hematogennego, kiedy wykrywamy drobnoustroje we krwi, kiedy mamy ogólną sepsę użycie jakiejkolwiek szczepionki uważałbym za bezcelowe.

O ile wykrywamy paciorkowce można próbować użycia surowicy przeciwpaciorkowcowej w ilości 50 — 100 cm. W tych wypadkach można byłoby próbować jeszcze przetaczania krwi.

Przy pierwszem wydobyciu ropy pożądanem byłoby próbować robić autoszczepionki. W sprawach przewlekłych autoszczepionki są bezcelowe, gdyż drobnoustroje wyhodowane z takich przypadków najczęściej pochodzą z zakażenia wtórnego".

2. lek.-dent. St. Grzybowski:

„Przy szpiku kostnym w ostrym przebiegu dany odcinek kości jest ciemniejszy rysunek utkania kości jest niewyraźny, ale ubeleczkowanie widzimy. Natomiast w przewlekłym stanie zapalenia szpiku kostnego struktura kostna się zaciera, plama w kości staje się więcej ciemną, wśród niej widać poszczególne białe plamki — są to mar-

twaki. Tak, że jest wyraźna różnica między stanem ostrym i przewlekłym zapalenia szpiku kostnego".

3. Dr. Dobrowolski:

„Rentgen daje dobry obraz już we wczesnym stanie zapalenia szpiku kostnego".

Podał sekretarz posiedzeń naukowych J. Galasińska-Landsbergerowa.

Z TOWARZYSTWA NAUKOWEGO LEKARSKIEGO W WARSZAWIE.

Wdniu 18 czerwca 1935 r. zostały ogłoszone wyniki Konkursów Naukowych za rok 1934:

Konkurs im. Kopcia otrzymał dr. T. Giza — Klinika Pedjatryczna — Kraków.

Konkurs im. Rejchmana otrzymał kpt. dr. S. Rondomański.

Konkurs im. Sieragowskich otrzymują:

Doc. dr. Leyko, dr. Roguski, dr. Sikorski — po 1.000 zł.; dr. Chodkowski i dr. Flaks — po 500 zł.

Konkurs im. Sommera otrzymał dr. Opalski.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia naukowego Koła Wojew. Zrzeszenia Absolw. P. I. D. w Łodzi z dnia 12.III. 1935.

Porządek dzienny:

1. Odczytanie protokółu z poprzedniego zebrania.
2. Referat Kol. Landkofowej p. t. „Stożki jodoformowe jako nowa metoda leczenia przewodów" podł. Dr. Kapera.
3. Demonstracja aparatu „Pantodont".
4. Komunikaty.

Ad. I. Protokół po odczytaniu przyjęto bez dyskusji.

Ad. II. Dr. Kaper na podstawie twierdzenia, iż ziarniniaki tworzą się naskutek I okresu choroby zęba lub leczenia — nie uznaje wypełnienia przewodów żadnemi środkami kwaśnemi. Przemywa przewody kwasami lub wodą królewską, lecz tylko przemywa.

W traktowaniu przewodów kieruje się zasadami ustalonemi przez Millera:

1. Wkładka powinna zawierać środek czynny odkażający.
2. Nie drażnić tkanek przywierzchołkowych.

Jodoform na powierzchni rany uwalnia jod, który działa jako odtrutka w stosunku do toksyn. Jodoform nie działa bakterjobójczo

tylko na laseczniki Kocha, natomiast działa na las. cholery. Jod wpływa odwadniająco na ranę. Opatrunki kwasowe podrażniają, podczas gdy jodoform desynfekuje ranę, nie niszcząc tkanki przywierzchołkowej. Dr. Kaper stosuje stożki papierowe, impregnowane jodoformem na Klinice w Pradze.

Po referacie wywiązała się dość żywa dyskusja. Kol. Kalisz wysuwa poważne zastrzeżenie co do istoty działania jodoformu jako czynnika antyseptycznego w dentystyce zachowawczej. Był okres, kiedy jodoform został zdyskredytowany zupełnie i nawet uznany za wręcz niebezpieczny środek przy leczeniu ran, że może zawierać w sobie drobnoustroje chorobotwórcze i właściwie przed użyciem winien sam podlegać odkażeniu (Heyn i Rovsing — cyt. z pracy Dra Rutkowskiego).

Doc. Zeńczak w pracy „Kilka uwag o postępowaniu leczniczem przy zgorzeli w zębach", wspomina o dodatniem działaniu, przy odkażaniu przewodów, jodu, wprowadzonego w stanie gazowym przy pomocy specjalnie skonstruowanego aparatu. Daje to dodatnie wyniki, lecz na określony tylko czas. Jod w tej formie daje możność odkażania żywych tkanek, bez upośledzenia ich żywotności. Niestety, jod w krótkim czasie zostaje zresorbowany i proces zgorzelinowy wystąpić może zpowrotem.

Widzimy więc, że metoda Dra Kapera,aczkolwiek ze słów autora b. zachęcająca, nie jest, zdaniem Kol. Kalisza, tym środkiem zbawiennym, rozwiązującym zagadnienie leczenia zębów zgorzelinowych. Poza tem Kol. Kalisz zarzuca autorowi, że operuje zbyt małym materjałem doświadczalnym, aby był przekonywującym oraz, że doświadczenia autora obejmują zbyt krótki czas dla wyciągnięcia odpowiednich wniosków. Prócz tego Dr. Kaper mówi nie jasno o zapachu, barwie.

Ad. III. Kol. Kalisz demonstrował aparat „Pantodont".

Ad. IV. Odczytano kilka komunikatów Zarządu Koła Łódzkiego.

Protokólant lek. dent. *Krzepicka*.

———o———

KOMUNIKATY.

Główny Komitet Organizacyjny VII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego.

KOMUNIKAT V.

Główny Komitet Organizacyjny VII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, mającego się odbyć w Warszawie 1—3 listopada 1935 r., zwrócił się do niżej podanych wszystkich znanych mu pp. koleżanek i kolegów, zamieszkałych w większych ośrodkach kraju, z uprzejmą prośbą o zorganizowanie miejscowych Komitetów, celem jak naj-

szerszej propagandy Zjazdu, co przyczyni się do uświetnienia takowego.

Mimo usilnych starań Główny Komitet Organizacyjny mógł, jednak, pominąć szereg osób i miejscowości, gdzie należałoby podobne Komitety zorganizować, przeto drogą prasy zawodowej Główny Komitet Organizacyjny zwraca się z gorącą prośbą do wszystkich pp. koleżanek i kolegów o wskazanie adresów poszczególnych osób, które podjęłyby się organizacji nowych miejscowych Komitetów.

Zgóry, dziękując za podanie tych wskazówek, Główny Komitet Organizacyjny VII Polsk. Zjazdu Stomatol. załącza wykaz miejscowości i nazwisk tych p.p. lekarzy dentystów, do których już zwrócił się z prośbą o utworzenie miejscowych Komitetów:

Kraków: p.p.: prof. dr. W. Łepkowski, dr. med. J. Wodniecki, dr. med. J. Drozdowski, dr. med. M. Haber; Lwów: p.p.: prof. dr. A. Cieszyński, dr. med. H. Allerhand, dr. med. M. Brill; Wilno: p.p.: Wolański, W. Bobrowska, J. Feldsztejn; Poznań: p.p.: dr. med. L. Lackner, dr. med. Skutecka, Ambrożkiewicz, W. Neymann, Sierociński; Baranowicze: p. W. Sznajderman; Brześć n/B.: p.p.: E. Meczykowa, H. Winograd; Białystok: p.p.: J. Sokólski, L. Kopelman, J. Butkiewicz; Częstochowa: p.p.: Z. Lubczyński, N. Rozenblat, M. Rozenowicz; Grodno: p.p.: I. Karwowski, S. Dworecki; Gdynia: p.p.: dr. med. Cylkowski, H. Solnik; Kalisz: p.p.: M. Świderski, J. Szwarcman; Kielce: p.p.: S. Kalinowska, W. Podolski, J. Szartowska; Kowel: p. B. Ajzenberg; Lublin: p.p.: Filipińska, Zajfen, Frydrychs Piechowski; Łódź: p.p.: M. Sokalski, T. Babad, A. Kowalski, M. Libera, Dr. med. dent. M. Kalisz; Łuck: p.p.: L. Chazanow, H. Zawidzka; Pabjanice: p.p.: M. Midler, Parczyński; Radomsko: p.p.: Glikman, J. Kowczycka; Równe: p.p.: J. Fajtel, Z. Grodka; Sosnowiec: p.p.: A. Ingster, N. Wejs, J. Garlińska; Tarnów: p.p.: C. Braun; Tomaszów Maz.: p. Szmigielski; Włocławek: p.p.: D. Marjamoff, Śmietański; Bydgoszcz: p.p.: W. Blechman, Nehrebecki; Toruń: p. S. Życzkowski; Tarnowskie Góry: p. Stankiewicz.

Za Komitet Organizacyjny:

(—) *B. W. Zakrzewska,* Sekretarz

(—) *Prof. H. Wilga* Przewodniczący Gł. Kom. Org.

Zarząd Bratniej Pomocy Studentów Akademji Stomatologicznej podaje do wiadomości, że w okresie wakacyj, t. zn. od 30 czerwca do 1 października b. r. sekretarjat czynny będzie tylko raz w tygodniu, w piątki od 7 do 8.

Sekretarjat Br. P. S. A. Stom.

Zarząd Stowarzyszenia „Wzajemna Pomoc Studentów Żydów Akademji Stomatologicznej" uprzejmie komunikuje, że na czas letnich wakacyj urzędowanie swe zawiesza. Wznowienie dyżurów nastąpi z początkiem nowego roku akademickiego w poniedziałki i środy od godz. 8 — 9 wiecz. w lokalu Stowarzyszenia przy ul. Królewskiej 27.

Do tego czasu korespondencję prosimy kierować pod adresem: M. Ilutowicz, Warszawa, ul. Chłodna 66.

Za Zarząd:
Prezes: *Z. Kelz.* Sekretarz: *S. Zaks.*

———o———

Zarząd Zrzeszenia Absolwentów P. I. D. podaje do wiadomości swoich członków, co następuje:

Na skutek interwencji prezydjum Zarządu w dniu 3 kwietnia b. r. prof. dr. Alfred Meissner Kierownik Kliniki Chirurgji Stomatologicznej A. S., zgodził się na obniżenie opłaty za praktykę lekarzy-wolontarjuszy na Klinice Chirurg. Stom. o 33 proc. dla członków Zrzeszenia Absolwentów P. I. D. za okazaniem zaświadczenia sekretarjatu Zrzeszenia.

W zrozumieniu tej ulgi umożliwiającej dalsze studja Zarząd Zrzeszenia uważa za swój miły obowiązek złożyć JWPanu Profesorowi Meissnerowi na tem miejscu najserdeczniejsze podziękowanie.

Za Zarząd
Sekretarz: (—) *Janusz Krzywicki*
Prezes: (—) *Janusz Szajewski*

PYTANIA I ODPOWIEDZI.

Pytanie 1: Djagramat górnej szczęki przedstawia się, jak następuje:

\+ 7 + 6 + 5 + 3 1 + 2 + 3 + 7 +
1 + dość duży zanik zębodołu.
Dolna szczęka:
— 3 — 2 — 1 1 — 2 — 3 — 5 —
Jak rozwiązać zagadnienie uzupełnienia uzębienia.

N. K. Warszawa.

Pytanie 2: Wobec skarg sąsiadów, że elektryczna maszyna przeszkadza w odbiorze radjowym, co można zrobić i do czego prawnie lekdent. jest w takim wypadku obowiązanym.

J. S. Warszawa.

Pytanie 3: Jaką rolę może odegrać zimna lampa kwarcowa w stomatologji (specjalnie chodzi o t. zw. ropociek zębodołowy).

Z. W. Warszawa.

Od Redakcji: Redakcja wzywa P. T. Koleżanki i Kolegów o możliwie częste stawianie pytań, nie krępując się treścią takowych. Odpowiedzi będą dawane w miarę możności jaknajszybciej.

POLSKA DRUKARNIA NAKŁADOWA, sp. z ogr. odp., Senatorska 17. Tel. 251.58.